Sub egida Academiei Oamenilor de Știință din România

MEDICA ACADEMICA

Un produs
Tarus Media
DECEMBRIE 2011
An III ● Nr. 23

Publicație cu difuzare
● 5 credite CMR
● 20 ore EMC
● 10 ore E.F.U. Abonament anual
Categoria CNCSIS: D

IOANA BIANCHI
Fiecare cetățean va plăti, direct sau indirect, pentru contribuția la sănătate

MICHAELA BERKOWITZ
Arta de a ceda în fața imposibilului

Iatrogenia – o problemă de actualitate

Dismorfologia - spre o terminologie standardizată

DAN PRELIPCEANU

Rețeaua de sănătate mintală, de la risipă la integrare funcțională

Preț 9,5 RON

Scanned with OKEN Scanner

BMJ

British Medical Journal
Ediția în limba română

Aducem mai aproape experiența medicală internațională

De 16 ani în România!

5 credite CMR/abonament anual
15 credite CMDR/abonament anual
20 ore EMC - Chestionar completat de medici
10 ore EFC/abonament anual

Pentru abonamente vă rugăm contactați:
Georgiana TĂCUTU
georgiana.tacutu@tarus.eu
021 321 0190

Publisher
TARUS Media

www.bmj.ro

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

2012

DELIA BUDURCĂ

redactor şef

delia.budurca@tarus.eu

Anul 2011 a fost anul de pregătire psihologică pentru anul următor, 2012. Nu mai sunt bani, medicii pleacă, calitatea serviciilor medicale lasă de dorit, copiii mor dintr-o fractură, cazurile grave stau şi aşteaptă oficialităţile. Inegalitatea de şanse în faţa sănătăţii este mai pregnantă ca oricând.

La fel ca înaintea oricărei mari privatizări postdecembriste cu care deja ne-am obişnuit, imaginea publică asupra sistemului/ companiei/ instituţiei este la cel mai scăzut nivel, lucrurile merg cel mai prost posibil, iar singura soluţie se află în mâini private. Piaţa imobiliară este şi ea la cel mai jos nivel posibil, criza ne ajută în continuare, aşa că reformarea sistemului de sănătate are toate condiţiile de început favorabile.

Nu spun că "marea privatizare din sănătate" va fi un lucru rău. Sper că va fi un lucru bun, că va aşeza lucrurile într-o ordine firească, oamenii vor fi mai egali în faţa bolii şi a morţii şi că banul nu va deveni zeul care va face diferenţa între viaţă şi moarte – nu că acum n-ar fi – ci doar va introduce principiile economice şi ordinea legilor pieţei în sistemul de sănătate.

Sper că statul va avea puterea şi înţelepciunea (?!) să verifice totul şi să facă mai binele cetăţenilor, astfel încât "victimele colaterale" în acest proces, atât de amplu şi practic fără precedent în economia românească, să fie cât mai puţine. Poate un precedent ar fi reforma pensiilor, însă în noul experiment, pe sănătate, rezultatele, eşecurile şi anomaliile se vor vedea imediat. Iar contorul va fi reflectat statistic în procente, însă se va măsura în vieţi.

Şi anul ăsta a fost sfârşitul lumii. Pe 11.11.2011 a fost unul – nici nu mai îmi amintesc cum l-am petrecut – un altul este prevăzut încă de civilizaţia mayaşă în 2012. Nu ştiu dacă plăcile tectonice se vor topi accelerat şi dacă oraşele se vor scufunda în magmă fierbinte, ca într-un film plin de suspans, dar se simte cum căldura publicitarilor energizează ecranele, într-o cursă a seducţiei unui pacient român sărac, aiurit, ameţit, dezorientat. Şi cursa va continua!

În filmul cu topirea magmei "terra ferma" era prin podişurile înalte din China. În sistemul de sănătate "terra ferma" e în calitatea oamenilor care compun sistemul. În rezistenţa cu care au continuat să facă binele pe care l-au putut face, până unde l-au putut face.

Şi am încercat şi noi, Medica Academica, să fim această oază de rezistenţă, de calitate, de excelenţă. Să punem într-un con de lumină profesioniştii, carierele exemplare, experienţele deosebite, ideile interesante. Să arătăm ce şi cum au făcut alţii care au depăşit deja momentul sfârşitul lumii. Ca să ajungem să-l trăim.

În sănătate! <<<

sumar

leadership

Prof. dr. IRINEL POPESCU, noul preşedinte al Academiei de Ştiinţe Medicale

Obiective ambiţioase şi primiri de noi membri la ASM

10

leadership

Prof. dr. DAN PRELIPCEANU:

Cheltuim resurse inutil, haotic şi anapoda, datorită lipsei unei structurări funcţionale în sistem

12

leadership

dr. IOANA BIANCHI, consilier al preşedintelui CNAS:

Fiecare cetăţean va plăti, direct sau indirect, pentru contribuţia la sănătate

16

români în lume

dr. MICHAELA BERKOWITZ, Israel, specialist în medicină paliativă

Arta de a ceda în faţa imposibilului. Dar nu a suferinţei!

22

news 6

leadership

Prof. Irinel Popescu, noul preşedinte al Academiei de Ştiinţe Medicale
Obiective ambiţioase şi primiri de noi membri la ASM 10

Prof. dr. Dan Prelipceanu:
Cheltuim resurse inutil, haotic şi anapoda, datorită lipsei unei structurări funcţionale în sistem 12

dr. Ioana Bianchi, consilier al preşedintelui CNAS: Fiecare cetăţean va plăti, direct sau indirect, pentru contribuţia la sănătate 16

Dezbatere: Finanţarea Sănătăţii în noul cadru European 2014-2020
România are nevoie de un Program Operaţional pe Sănătate 20

români în lume

Dr. Michaela Berkowitz, Israel, specialist în medicină paliativă
Arta de a ceda în faţa imposibilului. Dar nu a suferinţei! 22

excelenţă medicală

Iatrogenia – o problemă de actualitate 26

Dismorfologia - spre o terminologie standardizată
Dismorfismul cranian (I) 32

Prezentare de caz: Demenţă mixtă (Alzheimer şi vasculară) 34

Prof. dr. Luiza Spiru: Revidox, protector împotriva bolilor degenerative 38

Denosumabul – terapie biologică pentru prevenţia şi tratamentul osteoporozei postmenopauză 40

strategii în sănătate

Pour le connaisseurs 43

Avem un sistem. Cum procedăm? (II) 44

educaţie

Fundaţia Gerota, pentru sprijinirea formării medicale post-universitare internaţionale pentru România 48

Scanned with OKEN Scanner

excelenţă medicală

Dismorfologia - spre o terminologie standardizată Dismorfismul cranian (I)

32

excelenţă medicală

Prezentare de caz: Demenţă mixtă (Alzheimer şi vasculară)

34

comunicare

Abordarea pacientului dificil (V)

50

business

Piaţa farma va creşte în medie cu 10% în următorii cinci ani

54

MedicalStudent.ro – de la o iniţiativă studenţească îndrăzneaţă la un proiect naţional de succes 49

comunicare
Abordarea pacientului dificil (V) 50

replici inconfortabile
Reflecţii într-un posibil amurg 53

business
Radu Răşinar, AstraZeneca: Piaţa farma va creşte în medie cu 10% în următorii cinci ani 54
Povestea clawback-ului 56

business – cariere
Sinoma Melnic, Novartis: Farma trebuie să iasă din turnul de fildeş 58

lex medica
Spitalele organizate ca asociaţii şi fundaţii trebuie să fie nonprofit 60

vox patientis
Infecţia cu HIV ia amploare printre consumatorii de etnobotanice 62

pantheon
Sergiu Crivda, unul din părinţii anesteziei-reanimării româneşti 63

bibliofilia
Medicină şi cultură
Tratat de psihopatologie şi psihiatrie pentru psihologi 65

opiniile cititorilor 66

Board Consultativ:

Prof. dr. **Costache Andone**, Prof. dr. **Rodica Anghel**, Prof. dr. **Petru Armean**, Prof. dr. **Ion Aşchie**, Prof. dr. **Constatin Bălăceanu-Stolnici**, Prof. dr. **Ileana Benga**, Prof. dr. **Mircea Beuran**, Prof. dr. farm. **Marius Bojiţă**, Prof. dr. **Alexandru Bucur**, Prof. dr. **Vasile Burlui**, Prof. dr. **Vasile Cândea**, Prof. dr. **Constatin Ciuce**, Prof. dr. **Alexandru Vlad Ciurea**, Prof. dr. **Tudorel Ciurea**, Conf. dr. farm. **Ileana Cojocaru**, Prof. dr. **Nicolae Constantinescu**, Prof. dr. **Constantin Copotoiu**, Conf. dr. **Cătălin Copăescu**, Prof. dr. **Gheorghe-Andrei Dan**, Prof. dr. **Radu Deac**, Prof. dr. farm. **Titica Dogaru**, Prof. dr. **Cristian Dragomir**, Prof. dr. **Carmen Ginghină**, Prof. dr. **Nicolae Gorun**, Prof. dr. **Mircea Grigorescu**, Prof. dr. **Ioan Ieţcu**, Prof. dr. **Mircea Ifrim**, Prof. dr. **Constantin Ionescu-Târgovişte**, Prof. dr. **Dezideriu Laky**, Prof. dr. **Fulger Lazăr**, Prof. dr. **Mihai Lucan**, Prof. dr. farm. **Dumitru Lupuliasa**, Prof. dr. **Mircea Olteanu**, Prof. dr. **Ludovic Păun**, Prof. dr. **Virgil Păunescu**, Prof. dr. **Gheorghe Peltecu**, Prof. dr. **Dan Poenaru**, Prof. dr. **Irinel Popescu**, Prof. dr. **Virgil Răzeşu**, Prof. dr. **Ioan Romoşan**, Prof. dr. **Dan Sabău**, Prof. dr. **Adrian Săftoiu**, Prof. dr. **Vasile Sârbu**, Prof. dr. **Margit Şerban**, Prof. dr. **Vlad Tica**, Prof. dr. **Cristian Vlădescu**, Prof. dr. **Mihai Voiculescu**

Redacţia:

Preşedinte Tarus Group:
Valentin-Norbert Tarus,
valentin.tarus@tarus.eu
Director General:
Maria Vasilescu,
maria.vasilescu@tarus.eu
Redactor şef:
Delia Budurcă,
delia.budurca@tarus.eu
Redactori:
Raluca Băjenaru, *raluca.bajenaru@tarus.eu*
Contesina Manole, *contesina.manole@tarus.eu*
Colaboratori:
Prof. **Traian Mihăescu,**
Dr. **Mircea Olteanu,**
Irinel Rădulescu, *irinel.radulescu@tarus.eu*
Departament marketing& vânzări:
Ionuţ Munteanu, *ionut.munteanu@tarus.eu*
Alexandra Paiu, *alexandra.paiu@tarus.eu*
Alin Şeică, *alin.seica@tarus.eu*
Departament PR:
Georgiana Tăcutu, *georgiana.tacutu@tarus.eu*
Art Director: **Adrian Baltag**
Pre-press: **Top O'Rush Graphic Design**
Tipărit la: **Master Print Super Offset**
office@masterprint.ro

MEDICA ACADEMICA

este creditată cu:
5 credite CMR/abonament anual
20 ore EMC – chestionar completat de medici
10 ore EFC/abonament anual

ISSN 2067 - 0605 **ISSN 2068 - 1747**

Publisher
TARUS Media

Adresa:
Bd. Metalurgiei, nr 78, Bucureşti
Tel/fax:021-3210190

Scanned with OKEN Scanner

Prea puțini specialiști pentru pacienții cu fibroză chistică

Pentru tratamentul adecvat al pacienților cu fibroză chistică este nevoie de formarea unor echipe multidisciplinare și a unor centre de îngrijire pentru adulți, au afirmat specialiștii prezenți la Conferința Anuală a Asociației Pacienților cu Fibroză Chistică (Mucoviscidoză) care a marcat debutul Săptămânii Europene a Fibrozei Chistice (21-27 noiembrie). În România trăiesc aproximativ 300 pacienți cu fibroză chistică, multe cazuri rămânând nediagnosticate sau fiind diagnosticate greșit. În 2010 s-au născut cam 200.000 de copii, iar dacă se ia în considerare prevalența fibrozei chistice de aprox 1/2500, ar trebui să existe cam 800-1000 de copii cu fibroză chistică, dar au fost diagnosticați numai 47 de copii, au menționat medicii prezenți la eveniment. În anii '50, speranța de viață a pacienților cu fibroză chistică era foarte scăzută - doar puțini copii ajungeau la vârsta de școlarizare. În ziua de astăzi, speranța de viață a pacienților din țările dezvoltate atinge pragul de 35-40 ani. "Creșterea calității îngrijirii pacienților a dus la prelungirea duratei de viață și în România. Acest salt calitativ se datorează existenței unui Program Național de Sănătate și a unui algoritm de diagnostic și tratament. Formarea de echipe multidisciplinare este o provocare și o luptă în condițiile actuale în care exodul de specialiști continuă și există o lipsă aproape totală a unor specialiști necesari pacienților cu fibroză chistică (dietetician, fizioterapeut, psiholog, jurist, etc)", a afirmat dr. Iustina Stan, din cadrul Institutului pentru ocrotirea mamei și copilului Alfred Rusescu. Aceasta a precizat că persoanele cu fibroză chistică iau zilnic zeci de pastile (16-18 pastile/zi în perioadele de echilibru, plus aerosoli, fizioterapie), cea mai mare problemă fiind practicarea unui sport. Fizioterapia este cea mai importantă parte a tratamentului, pe care însă mulți pacienți o neglijează. *(Raluca Băjenaru)* <<<

Bolile reumatologice, cea mai frecventă patologie în țările dezvoltate

Bolile reumatologice sunt cea mai frecventă patologie în țările cu un standard de viață peste medie, reprezentând o încărcătură extraordinară pentru economie, a declarat, pentru ***Medica Academica***, prof. dr. Horațiu Bolosiu, președintele Societății Române de Reumatologie, cu ocazia Congresului Român de Reumatologie desfășurat în perioada 23-26 noiembrie, la Brașov. "Nu bolile cardiovasculare sunt cele mai frecvente, așa cum se crede, ci acestea. E adevărat, nu toate sunt atât de grave ca și bolile cardiovasculare, însă se poate spune că practic nu există specialitate medicală care să nu aibă interes în acest domeniu, iar din afecțiunile tratate de medicina de familie, majoritatea sunt afecțiuni musculoscheletale", a spus prof. dr. Horațiu Bolosiu. Ediția de anul acesta a Congresului a abordat tematici legate de tratamentul modern în reumatologie și a avut peste cinci sute de participanți, atât specialiști din țară, cât și medici din străinătate, invitați în calitate de speakeri.
Prof. Dr. Ricard Cervera (*foto*), șef al Departamentului de Boli Autoimune din cadrul Spitalului Clinic din Barcelona, a vorbit despre noua direcție de cercetare în ceea ce privește tratamentul lupusului eritematos sistemic, reprezentată de terapiile biologice. Acestea sunt accesibile și pacienților din România prin intermediul medicamentului Benlysta (belimumab), terapie aprobată anul acesta de către Agenția Europeană a Medicamentului și pusă pe piață de compania GlaxoSmithKline. Belimumab este recomandat pacienților adulți cu lupus activ, anticorpi pozitivi și un grad înalt de activitate a bolii, în pofida tratamentului cu terapia standard. Acesta reprezintă primul tratament special dezvoltat și aprobat pentru lupus în ultimii 50 de ani - un anticorp monoclonal care inhibă stimulatorul limfocitelor B (BlyS solubil), despre care se consideră că are un rol important în producția de autoanticorpi care atacă și distrug țesuturile sănătoase proprii organismului. "Ca și alte medicamente scumpe, acesta va fi cu adevărat accesibil dacă va fi inclus într-un program național, ceea ce este realizabil având în vedere că numărul de pacienți care au nevoie nu este foarte mare", a spus prof. dr. Simona Rednic, vicepreședinte al Societății Române de Reumatologie.
La nivel mondial, în ultimii 30 de ani s-au înmulțit cazurile de pacienți diagnosticați cu lupus, în special cu forme ușoare, comparativ cu anii anteriori, a afirmat prof. Cervera. „Această evoluție se poate datora metodelor moderne de diagnostic și cunoștințelor acumulate în timp – nu suntem încă siguri că incidența lupusului este în creștere. Există și ipoteza că, din cauza deteriorării stratului de ozon, efectul luminii ultraviolete asupra persoanelor cu o predispoziție genetică pentru lupus este mai puternică", a explicat acesta.
Lupusul este o afecțiune caracteristică pentru bolile autoimune, manifestându-se la persoane cu vârsta între 15 și 44 de ani, dintre care 90% sunt femei. Se estimează că aproximativ 500.000 de persoane în Europa și 9.000 în România suferă de lupus.
(Raluca Băjenaru) <<<

BPOC, o boală subdiagnosticată

**Bronhopneumopatia Obstructivă Cronică (BPOC), o afecțiune mult subdiagnosticată, poate fi ținută sub control dacă este depistată din timp și dacă este tratată adecvat, au afirmat medicii din cadrul Institutului de Pneumoftiziologie „Marius Nasta" la evenimentul organizat cu ocazia Zilei Internaționale a BPOC (16 noiembrie). „În cazul oricărei afecțiuni, o relație apropiată, bazată pe încredere și respect, între medic și pacient este esențială. Această relație este cu atât mai importantă în cazul unei boli cronice, cu incidență crescută și cu potențial fatal, cum este BPOC", a declarat dr. Emilia Crișan, Directorul Medical al Institutului de Pneumoftiziologie Marius Nasta.
BPOC este a patra cauză de mortalitate în lume, conform statisticilor Organizației Mondiale a Sănătății. Cei mai mulți bolnavi sunt bărbați și au vârste cuprinse între 65-74 de ani și 45-54 de ani. Deși fumatul este cauza principală a BPOC pentru 75% dintre pacienții afectați, boala se poate manifesta și la nefumători, pe fondul expunerii la poluanți și la praf în exces.**
(Raluca Băjenaru) <<<

Scanned with OKEN Scanner

Prevalența fumatului, în scădere. Bucureștenii fumează cel mai mult

Prevalența fumatului zilnic în România a scăzut de la 29,7% în 2003 la 22% în 2011, iar față de anul 2009 prevalența totală a fumatului (fumători zilnici și fumători ocazionali) a scăzut de la 32,4% la 26,2%, arată datele unui studiu realizat de Ministerul Sănătății în colaborare cu Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta" și dat publicității cu ocazia Zilei Naționale fără Tutun. Aceasta este marcată în fiecare an în a treia joi a lunii noiembrie și oferă cadrul informării și sensibilizării populației cu privire la riscurile generate de consumul de tutun, se arată într-un comunicat de presă al MS. „Această evoluție pozitivă are ca principală cauză faptul că România a aplicat cu consecvență măsurile prevăzute în Convenția Cadru pentru Controlul tutunului a OMS, respectiv monitorizare, protecția populației față de efectele fumului de tutun, oferirea de suport pentru renunțarea la fumat, avertizare, întărirea interzicerii publicității, creșterea taxelor, iar efectele au început să apară", a declarat Ladislau Ritli, ministrul Sănătății.

Studiul a arătat că românceile fumează mai puțin decât în anii trecuți, doar 15% fumând zilnic și 3,3% ocazional. Numărul de bărbați fumători se situează pe același trend descendent, însă procentul fumătorilor este dublu față de al femeilor: 30,2% fumează zilnic, iar 5% doar ocazional. Mai mult de jumătate dintre cei intervievați (57,5%) au declarat că nu au fumat deloc în viața lor, iar 5,1% au spus că au fumat, dar mai puțin de o sută de țigări, în total, până în prezent. Pe categorii de vârstă, cel mai mult fumează persoanele cu vârsta între 30 și 44 de ani. În funcție de studii, cel mai puțin fumează persoanele cu studii primare, iar în funcție de ocupație, elevii, studenții, pensionarii și femeile casnice fumează cel mai puțin.

Bucureștenii fumează cel mai mult, prin contrast cu zona de nord-est a țării, unde doar 16% dintre locuitori au acest obicei. Cei mai mulți fumători consumă zilnic între zece și 20 de țigări, doar 10% dintre fumători consumând mai mult de un pachet pe zi. Aproape jumătate dintre fumătorii români (49,1%) cheltuie lunar între 100 și 300 lei pentru țigări. Cei care cheltuie cel mai mult pentru țigări sunt din București (12% dintre bucureșteni cheltuie peste 400 lei lunar), iar cei care cheltuie cel mai puțin sunt din zona de Nord-Est: 31,7% dintre ei cheltuie mai puțin de 100 lei lunar. Aproape jumătate dintre fumători consumă țigări „normale" însă pentru 14,8% nu contează tipul de țigară folosit. Țigările de foi, trabucurile, pipa par a fi folosite cel mai mult de tinerii cu vârsta între 15 și 17 ani, deși vânzarea acestor produse către minori este interzisă.

51,5% dintre cei care au fumat în ultimele 30 de zile declară că vor să renunțe la fumat în următoarele șase luni. Motivele pentru care românii se lasă de fumat sunt: sănătatea („fumatul dăunează sănătății: 28,5%), „mi-a ajuns" (17,4%) dar și aspectul financiar (12,2%). Peste 71% dintre români declară că sunt de acord cu interzicerea totală a fumatului în spațiile publice închise, inclusiv în baruri și restaurante. În schimb, doar 52,5% sunt de acord cu interzicerea totală a fumatului și în zonele de agrement deschise, cum ar fi parcurile, grădinile, plajele. ***(Raluca Băjenaru)*** <<<

Obezitatea și depresia cresc costurile sistemelor de sănătate

Obezitatea și depresia cresc costurile sistemelor de sănătate, acționând separat, potrivit unui studiu publicat în *Journal of General Internal Medicine*. Cele două probleme afectează sănătatea de obicei concomitent, de aceea este important să aflăm dacă relația dintre obezitate și costurile crescute este cauzată de depresie sau invers. Cercetătorii au studiat dacă depresia determină utilizarea crescută a serviciilor medicale, efect asociat obezității. Potrivit studiului, la nivelul femeilor de vârstă mijlocie, costurile cu serviciile de sănătate au crescut direct proporțional cu obezitatea, fiind cu 65% mai mari la femeile supraponderale și cu 157% mai mari la cele obeze față de femeile cu o greutate normală. Tendința a fost similară pentru toate tipurile de servicii medicale. Costurile cu serviciile medicale au crescut și direct proporțional cu nivelul depresiei, dar aceasta nu a reprezentat un factor determinant pentru creșterea utilizării serviciilor de sănătate de către pacientele care sufereau de obezitate, a arătat studiul. „Obezitatea și depresia sunt două probleme foarte comune", a explicat dr. Gregory Simon, coordonatorul studiului, iar „prevenirea obezității este un factor crucial în rezolvarea problemei costurilor crescute din sistemele de sănătate", a spus acesta. Studiul a concluzionat că, pentru femeile de vârstă mijlocie, obezitatea este asociată unor costuri mai ridicate cu serviciile medicale, dar nu din cauza depresiei care însoțește obezitatea. De asemenea, depresia este asociată unor costuri mai mari, dar nu din cauză că este însoțită de obezitate. Depresia majorează costurile la toate nivelurile sistemului de sănătate, nu doar în serviciile de sănătate mintală. ***(Raluca Băjenaru)*** <<<

GSK investește **12 mil. dolari** într-un laborator de verificare a calității

Compania farmaceutică GlaxoSmithKline va investi 12 milioane de dolari într-un nou laborator de verificare a calității la fabrica pe care multinațională o deține la Brașov, a anunțat Pascal Prigent, director general GSK România, cu prilejul unei vizite a jurnaliștilor la Europharm Brașov. Unitatea, cumpărată de britanici în 1988, a beneficiat în acest răstimp de investiții de 100 milioane de dolari. Acum, 60% din producție este exportată în 82 de state din întreaga lume. Din cele 16 medicamente produse la Brașov, patru se fac în volume foarte mari, fiind destinate pieței internaționale, iar 12 sunt destinate exclusiv pieței interne. Dintre acestea din urmă cel mai bine vândut este Paracetamol Sinus. "De la mijlocul anului 2010, la Brașov este ambalat și Panadol, produs în Irlanda" a declarat Mariana Cismaru, directorul fabricii de la Brașov. Producția fabricii din Brașov va crește în acest an la 46 de milioane de unități, comparativ cu 2010, când au fost produse 42,3 milioane de unități. *(Delia Budurcă)* <<<

Scanned with OKEN Scanner

Diabetul în România: tratamente moderne, puțini medici, multă birocrație

Diabetul se află printre afecțiunile cel mai bine gestionate în România, pacienții primind medicația gratuit, spre deosebire de alte țări europene, și o sută de teste de glicemie la trei luni pentru insulino-dependenți, a spus dr. Gabriela Radulian, din cadrul Institutului de Nutriție și Boli Metabolice „N. Paulescu", prezentă la discuțiile „Întâlniri pentru viață", inițiate de compania MSD.
„Multe cazuri de diabet sunt neînregistrate, fie pentru că pacienții merg la clinici particulare, fie pentru că medicul de familie intervine cu medicație, deși ar avea obligația să trimită pacientul la specialist. Așadar, nu putem spune că avem date realiste pentru că nu există un registru național de diabet. În prezent, se încearcă menținerea unei evidențe în cadrul Comisiei pentru Diabet din cadrul Ministerului Sănătății, printr-un sistem în care fiecare medic diabetolog ar trebui să introducă datele referitoare la pacienții săi. Însă, în condițiile în care unii medici sunt supraaglomerați, realizând chiar și 60 de consultații pe zi, este destul de dificil", a explicat dr. Radulian.
În România trăiesc 2800 de pacienți diagnosticați cu diabet de tip 1, care apare la copii, și peste un milion de pacienți cu diabet de tip 2, numărul real al bolnavilor fiind estimat de specialiști ca fiind dublu. Prevalența diabetului în țară este de 8,5%, iar România se află la mijlocul clasamentului european în ceea ce privește această afecțiune, și mai răspândită în țările Europei Centrale. Diabetul zaharat de tip doi apare în special la persoane de peste 50 de ani, dintre care peste 80% sunt obeze. În ultimii ani, deși rata complicațiilor diabetului a început să scadă, a crescut cu 25% numărul de cazuri noi de diabet spitalizate. *(Raluca Băjenaru)* <<<

Lucian Duță: Arieratele vor fi închise odată cu apariția caselor private

Arieratele vor fi închise odată cu intrarea în piață a caselor de asigurări private de sănătate, a spus Lucian Duță, președintele CNAS.
"În 2009, deficitul CNAS era de 2,8 miliarde de lei, în 2010 am ajuns, prin măsurile luate, la un miliard de lei, iar în 2011 a scăzut ușor", a declarat președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, Lucian Duță, la Forumul Român de Sănătate organizat de CNAS și Mediafax.
Lucian Duță a spus că inițiativele care au permis să se vorbească despre o bază de pornire solidă în clădirea "edificiului care își propune să fie viitorul sistem de sănătate al României" au vizat introducerea prețului de referință pe listele de medicamente, a prețului de referință pentru majoritatea serviciilor din pachetul de bază, a criteriilor de calitate la servicii, ulterior devenite criterii de eligibilitate pentru intrarea în contract cu CNAS, și a tichetului moderator de sănătate în cadrul conceptului de coplată. Președintele CNAS a precizat că, deși sistemul informatic realizează o economie sistemului de sănătate și furnizorilor, el nu poate rezolva subfinanțarea sistemului și nevoia de resurse. "Sistemul a fost obișnuit să stabilească un echilibru între resurse și consum în jurul unei valori mai mari cu un miliard de euro față de resursele disponibile. Acest echilibru, deși posibil din punct de vedere funcțional și cerut de utilizatori, era nesustenabil financiar. Măsurile pe care le-am menționat au redus acest deficit către limita sa inferioară și avem speranța ca anul viitor sistemul să ajungă la un nou echilibru stabil, ce ține seama în mod real de resursele disponibile.
Președintele CNAS a vorbit, de asemenea, despre o strategie informațională coerentă în sănătate, garantarea confidențialității și a securității datelor utilizate – numai după obținerea acordului informat al cetățenilor – pentru cardul național de sănătate, pentru prescripția electronică și pentru dosarul electronic de sănătate. *(Delia Budurcă)* <<<

10.000 de români mor anual de cancer pulmonar

Cancerul pulmonar este cea mai frecventă formă de cancer din lume, având cea mai mare incidență în cazul bărbaților și a doua incidență în cazul femeilor, iar particularitatea sa, de a fi de multe ori asimptomatic sau cu simptome care indică alte afecțiuni, îl face să fie depistat în stadii avansate. Rezultatul este faptul că în cazul cancerului pulmonar mortalitatea este destul de apropiată de incidență.
"În proporție de 90% cancerul pulmonar se datorează fumatului, iar în proporție de 10% are alte cauze, precum iradierea sau poluarea din mediu", a explicat dr. Lucia Stănculeanu, medic primar oncologie medicală, Institutul Oncologic București, în cadrul unui eveniment care a marcat campania "Respiră adânc și gândește-te bine!", derulată de Liga Română de Cancer cu sprijinul Euromedic și Roche.

În România în 2008 au fost înregistrate 10.384 de cazuri de cancer pulmonar, ceea ce corespunde unei incidențe de 30 la 100.000 de locuitori, iar numărul deceselor a fost de 9427.
Campania "Respiră adânc și gândește-te bine!", organizată în luna noiembrie, care, la nivel internațional este declarată Luna Internațională de Luptă Împotriva Cancerului Pulmonar, a presupus în acest an acordarea de către compania Euromedic a 600 de radiografii gratuite în centrele din Arad, București, Constanța și Petroșani. Vaucerele pentru radiografiile gratuite au fost epuizate în primele zece zile ale lunii, iar organizatorii au decis ca până la sfârșitul lunii cei interesați să își facă o radiografie pulmonară să plătească numai 30 de lei, comparativ cu prețul obișnuit de 75 de lei. *(Delia Budurcă)* <<<

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Senatul propune **modificarea legii clawback-ului**

Legea care instituie o taxă pe medicamentele compensate – așa-zisul clawback – a fost adoptată de către Senatul României, cu amendamente care vizează păstrarea accesului pacienților la medicamentele compensate. 87% dintre senatori au votat pentru corectarea acestei taxe.

Cea mai importantă modificare vizează eliminarea sancționării pacienților pentru neplata taxei de către producători. Astfel, legea adoptată de Guvern la 1 octombrie prevede că medicamentele nu vor mai putea fi cumpărate în regim compensat dacă producătorii de medicamente nu achită taxa. Deoarece scopul sistemului de compensare este ca pacienții să suporte mai ușor costul tratamentelor, senatorii au decis să elimine această sancțiune, iar neplata taxei să fie sancționată cu penalități și dobânzi, conform Codului Fiscal.

În plus, Senatul a stabilit un plafon de plată, ceea ce va înlesni plata taxei și va asigura venituri certe la buget. Astfel, în 2012 ar intra în bugetul sănătății cel puțin 600 milioane lei, prin stabilirea unui plafon de plată de 10% din consumul anual de medicamente compensate, procentaj care va fi plătit de către producători.

Un alt amendament a vizat eliminarea posibilității ca legea să fie anulată de Curtea Constituțională, întrucât în varianta adoptată de Guvern legea prevedea ca plătitorii să fie taxați și asupra TVA și a unor venituri realizate de alți actori din piață. Prevederea a fost amendată pentru a nu permite atacarea în justiție și anularea taxei.

"Credem că este esențial ca taxa clawback să poată fi implementată, pentru că bugetul sănătății are nevoie de sumele care pot fi colectate. Însă această taxă trebuie să fie direct corelată cu nevoile pacienților privind compensarea, iar accesul lor la medicamente să fie menținut. Decizia Senatului este una corectă, care ține seama de aceste aspecte. Însă legea va trebui să treacă și prin Camera Deputaților, pentru analiză și amendare", afirmă Cristian Luțan, Director Executiv Adjunct al Asociației Române a Producătorilor Internaționali de Medicamente (ARPIM).

Taxa clawback, adoptată de Guvern și aplicată din 1 octombrie 2011, prevede ca producătorii de medicamente să suporte integral diferența dintre bugetul alocat de autorități și consumul real de medicamente compensate. ***(Delia Budurcă)*** <<<

Farmaceutica REMEDIA – cifră de afaceri în creștere cu 12% pe primele nouă luni

Distribuitorul de medicamente Farmaceutica REMEDIA, companie listată la categoria a doua a Bursei de Valori București, a înregistrat pe primele nouă luni ale anului o cifră de afaceri în creștere cu 12% și un profit brut în creștere cu 40% față de aceeași perioadă a anului trecut. Evoluția indicatorilor este peste media generală a pieței de profil, așa cum au evoluat constant rezultatele companiei în ultimii ani.

Conform Raportului Consiliului de Administrație pentru trimestrul al III-lea, cifra de afaceri netă pe primele nouă luni din 2011 a fost de 144,6 milioane lei, iar profitul brut pentru aceeași perioadă a depășit 5 milioane lei.

Farmaceutica REMEDIA S.A. a ales listarea la cota BVB în 2009, într-un moment greu al pieței de capital, îndeplinind cerințele de transparență față de investitori.

Compania deține opt centre logistice în București, Deva, Timișoara, Brașov, Craiova, Iași, Pitești și Târgu Mureș, care asigură o acoperire națională a activității de distribuție, și o rețea proprie de retail cu 57 de farmacii, dezvoltată în special în județele Hunedoara, Alba și Sibiu. ***(D.B.)*** <<<

Prima naștere, preferabil la spital

Femeile însărcinate pentru prima dată care decid să dea naștere acasă se expun unui risc dublu față de cele care au mai trecut printr-o sarcină și doresc ca, la cea de-a doua, să nască la domiciliu, arată un studiu realizat de Universitatea Oxford, Anglia și publicat în *British Medical Journal*, care a analizat aproape 65.000 de bebeluși născuți la termen, în diverse locații. În general, femeile care au sarcini cu un grad redus de risc pot alege locul în care doresc să nască, au spus specialiștii. Per total, rata de apariție a problemelor la naștere a fost de 4,3 la o mie de nașteri, fără diferențe semnificative între locația aleasă. Pentru femeile care năsteau prima dată, rata de apariție a unor probleme creștea la 9,3 la mia de nașteri. Rata de intervenție în timpul travaliului era considerabil mai mică în locațiile non-obstetrice, comparativ cu cele obstetrice. ***(R.B.)*** <<<

Noi produse Newtone Lab.

Compania Newtone Laboratories a lansat un nou șampon cu activator de creștere care conține substanțe bioactive entomologice, respectiv aminoacizi, precursorii naturali ai keratinei. „Studiile științifice au arătat că entomologia poate oferi soluții pentru foarte multe probleme de sănătate. Putem afirma că am argumentat științific eficiența entomoterapiei, care-și va găsi locul binemeritat în terapiile complementare", a declarat Veaceslav Ciuhrii, General Manager. Compania este prezentă pe piața locală de zece ani, produsele sale – creme regeneratoare pentru piele și unghii, pentru paradontoză, pentru afecțiuni reumatice, spondiloze și hemoroizi – fiind distribuite prin farmacii. ***(D.B.)*** <<<

Prof. Irinel Popescu, noul președinte al Academiei de Științe Medicale

Obiective ambițioase și primiri de noi membri la ASM

Delia Budurcă

Reputatul chirurg prof. Irinel Popescu a fost recent ales președinte al Academiei de Științe Medicale, pentru un mandat de patru ani. Printre obiectivele noii echipe de conducere se numără anularea unei OUG care a tăiat finanțarea instituției, cooptarea tinerilor și extinderea activității de cercetare, parteneriate cu universitățile și o mai bună vizibilitate internațională. Obiective ambițioase, dar, spune prof. Irinel Popescu, autorul primului transplant hepatic din România, pe deplin realizabile. >>>

Care sunt obiectivele mandatului dvs?

În următorii patru ani conducerea nou aleasă a Academiei de Științe Medicale își propune multe obiective și un program care poate fi considerat ambițios, dar pe care sperăm să îl putem realiza. Aș începe prin a spune că mi se pare obligatorie anularea efectelor OUG 79/01.09.2010 prin care a fost suprimată complet finanțarea Academiei de Științe Medicale, o instituție cu o vechime de peste șapte decenii și cu un prestigiu de necontestat. E total neadecvat să susții din sponsorizări o Academie. În afara vechimii de care vorbeam, importanța ASM pentru România trebuie privită și din alte puncte de vedere.

În primul rând, din această instituție fac parte personalitățile cele mai marcante ale medicinei românești, care obțin astfel o recunoaștere a unor ani de muncă și de realizări.

În al doilea rând, și aici sunt convins că societatea așteaptă mai multe de la Academia de Științe Medicale, unul dintre principalele obiective este faptul că dincolo de instituția de consacrare întotdeauna acceptată, trebuie să fie și o organizație activă și productivă. Ne propunem, după modelul altor academii, să înființăm Comisii de profil și grupuri de lucru pe problemele cele mai fierbinți care preocupă societatea românească – mediu, alimentație, boli infecțioase, boli cronice cu prevalență mare, etc. Astfel încât aceste comisii și grupuri de lucru, pe de-o parte, să elaboreze constant documente care să poată fi utilizate de decidenții politici când iau decizii, pe de altă parte, să fie consultate de aceștia când apare o problemă acută. Pentru că, în condițiile în care finanțarea se face din fonduri publice, publicul trebuie să fie asigurat că primește ceva în schimb. Pe lângă recunoașterea unor merite trebuie să aibă la dispoziție o instituție activă și utilă societății.

Câți membri are ASM?

Academia de Științe Medicale are peste 200 de membri.

Scanned with OKEN Scanner

MEDICA ACADEMICA

CHESTIONAR EMC
decembrie 2011

Scanned with OKEN Scanner

Iatrogenia – o problemă de actualitate

1. Următoarele afirmații despre iatrogenie sunt adevărate, cu excepția:

A. Reprezintă o stare psihică reactivă determinată de tratamentele medicale sau condițiile de spitalizare.
B. Reprezintă spaima sau reținerea față de medicamente.
C. Este o stare generată de atitudinea greșită a medicilor și a personalului sanitar.
D. Este o stare determinată de boală, dar agravată psihogen de către medic.
E. Se află pe locul II în lume ca frecvență, după bolile cardio-vasculare și înaintea patologiei oncologice.

Dismorfologia – spre o terminologie standardizată. Dismorfismul cranian.

2. Cele mai comune anomalii de formă ale cutiei craniene sunt:

A. Brahicefalia
B. Dolicocefalia
C. Microcrania
D. Plagiocefalia
E. Orocefalia.

3. Indicele cefalic orizontal (ICO):

A. Se calculează folosind raportul dintre diametrul transversal și diametrul antero-posterior.
B. Se calculează folosind raportul dintre diametrul cefalic vertical și diametrul antero-posterior.
C. Valorile normale sunt cuprinse între 58-63 (orocefalia).
D. La valori >81% se definește brahicefalia.
E. Diametrul antero-posterior care intră în formula de calcul a ICO corespunde distanței endocraniene maxime.

Prezentare de caz: Demență mixtă (Alzheimer și vasculară)

4. Demența mixtă se caracterizează prin:

A. Hipoprosexie de concentrare și persistență.
B. Tulburări de percepție de tipul halucinațiilor și iluziilor.
C. Hipomnezie de fixare și evocare.
D. Comunicarea este posibilă, dar greoaie.
E. Câmpul de conștiență este neclar și igiena este necorespunzătoare.

5. Diagnosticul pozitiv de demență mixtă este susținut pe următoarele date, cu excepția:

A. Prezența declinului memoriei și a gândirii.
B. Sunt afectate înregistrarea, stocarea și redarea de noi informații cu pierderea activității binecunoscute și învățate anterior.
C. Prezența semnelor neurologice de focar.
D. Prezența unei leziuni ischemice cerebrale obiectivate tomografic.
E. La examenul psihologic, capacitate slabă de concentrare a atenției ca viteză și exactitate.

6. În tratamentul demenței mixte se utilizează:

A. Antipsihotice atipice.
B. Pe termen lung se folosește tratament anxiolitic.
C. Inhibitor de colinesterază.
D. Agonist al receptorilor glutamatergici.
E. Tratament antiplachetar și vasodilatator.

Denosumabul – terapie biologică pentru prevenția și tratamentul osteoporozei postmenopauză

7. Caracteristicile principale ale denosumabului sunt:

A. Reducerea numărului și activității osteoclastelor prin stimularea legării RANKL la RANK.
B. Scăderea resorbției osoase.
C. Creșterea densității osoase la toate nivelele.
D. Se administrează intramuscular o dată la 4-6 luni.
E. Reduce incidența fracturilor.

8. Următoarele afirmații despre denosumab sunt adevărate, cu excepția:

A. Denosumabul supresează markerii turnoverului osos având efect și asupra îngustării spațiului articular.
B. Este un anticorp monoclonal complet uman a cărui țintă este sistemul RANKL/RANK.
C. Leagă cu o înaltă specificitate numai RNAKL.
D. RANKL este secretat numai de celulele stromale ale măduvei osoase hematogene.
E. Denosumabul inhibă reversibil resorbția osoasă mediată de osteoclaste.

9. Indicațiile utilizării denosumab sunt:

A. Tratamentul osteoporozei postmenopauză la femeile cu risc crescut.
B. Tratamentul pierderii osoase după ablația tumorală pentru cancerul de prostată.
C. Terapie antiresorbtivă de primă intenție - recomandare A.
D. Paciente cu osteoporoză și scor T mai mic sau egal cu - 2 DS la coloană sau șold.
E. Paciente cu scor mai mic sau egal cu - 2 DS în tratament cortizonic cronic.

10. Efectele denosumab sunt următoarele:

A. Reducerea riscului de fractură vertebrală cu 68%, non-vertebrală cu 20% și de șold cu 40% față de placebo.
B. Creșterea densității minerale osoase după 4 ani de tratament în toate locurile măsurate.
C. P1NP (markerul formării osoase) scade mai lent la pacienții tratați cu denosumab față de cei tratați cu alendronat în prima lună de tratament.
D. Creșterea densității minerale osoase și reducerile markerilor turnoverului osos sunt susținute și la 6 ani.
E. Reducerea maximă a P1NP se obține la 6 luni pentru pacienții tratați cu denosumab.

Nume _____ Prenume _____

Profesia _____ Specialitatea _____

Instituția și adresa _____ Tel: _____

Adresa domiciliu _____ Tel: _____

Data _____ Semnatura _____ Nr.parafă: _____

Loc parafă _____ E-mail: _____

Stimați cititori,

MEDICA ACADEMICA şi Universitatea de Medicină şi Farmacie "Carol Davila" Bucureşti vă oferă o modalitate simplă şi rapidă de-a obține 50% din punctajul anual necesar: acumularea, până la sfârşitul anului 2010, a 20 de ore de Educație Medicală Continuă (EMC), prin parcurgerea articolelor publicate în numărul curent al revistei şi completarea corectă a fiecăruia dintre cele 10 chestionare cu răspunsuri multiple (cu o valoare de 2 ore de EMC/chestionar), inserate în revistă, consecutiv, până la finele anului în curs.

Pentru a participa la program şi a beneficia de punctajul menționat este necesară contractarea unui abonament pe 2010 la MEDICA ACADEMICA şi trimiterea, pe adresa redacției, a chestionarului completat (prin poştă, fax sau e-mail).

Certificatul care atestă obținerea a 20 de ore de EMC se eliberează la sfârşitul anului, la cerere, după completarea a 10 chestionare consecutive, în care ați răspuns corect la minimum şapte din cele 10 întrebări.

Autorii chestionarelor îşi rezervă dreptul de-a exclude participanții care nu au completat corect formularele.

MEDICA
ACADEMICA

A SE TIMBRA DE CĂTRE EXPEDITOR!

DESTINATAR:
Medica Academica
Bd. Metalurgiei 78, cod 041836,
sector 4, BUCUREŞTI
E-mail: chestionare.medica@tarus.eu
Tel/Fax: +40 21 321 01 90

Scanned with OKEN Scanner

Aveţi un exemplu în care expertiza ASM ar fi putut îmbunătăţi un proiect sau o decizie a autorităţilor?

Cred că de o opinie avizată, la acest nivel, este nevoie întotdeauna. Ca să iau un domeniu care îmi este foarte aproape, transplantul de organe, începând de la legea transplantului până la organizarea reţelei naţionale de transplant, Academia poate şi trebuie să alcătuiască documente profesioniste, care să fie de folos decidenţilor.

Acele Comisii şi Grupuri de lucru vor fi făcute împreună cu universităţile şi cu oameni care nu sunt neapărat membri ai Academiei. Spun asta pentru dorim, pe de o parte, să fie folosit la maxim potenţialul pe care îl are medicina românească, şi invers, primirea în academie să fie făcută şi pe baza muncii depuse de unii dintre aceştia în folosul ASM. Şi Academia va profita de capacitatea lor. Este, pe lângă o revigorare a activităţii, o extindere a numărului de membri - care este stabilit prin lege şi nu poate fi depăşit - şi o formulă care îi dă posibilitatea să folosească toate capacităţile pe care le are societatea românească în momentul de faţă.

Un prim proiect?

Mai întâi s-a propus mărirea numărului de secţii prin constituirea secţiilor de farmacologie, de stomatologie şi de sănătate publică. Aceste propuneri se vor discuta în martie, la Adunarea Generală.

Noua conducere îşi propune o ritmicitate şi o predictibilitate foarte clară a manifestărilor: vor fi două Adunări Generale pe an, prima în martie 2012 şi ultima – mă refer la acest mandat – în noiembrie 2015. Această ritmicitate va fi păstrată. Vor mai fi anual două sesiuni ştiinţifice. Una va fi dedicată cercetătorilor, şi aici menţionez că prin ASM au fost admişi în spitalele din România şi în colectivele de cercetare toţi cercetătorii actuali, iar ASM este cea care se ocupă de promovarea lor şi de parcurgerea ierarhiei profesionale în cercetare. De aceea, cred că este obligată să organizeze anual o sesiune a acestor cercetători. A doua sesiune, de toamnă, va fi o sesiune a membrilor ASM, la care se vor prezenta cele mai importante realizări ale medicinei româneşti din anul respectiv.

Vom sprijini şi vom colabora în primul rând cu Ministerul Sănătăţii, în structura căruia intră ASM, iar Comisiile şi grupurile de lucru vor fi permanent la dispoziţia ministerului pentru a fi consultate. De asemenea, cu Ministerul Educaţiei şi Cercetării, ASM doreşte să stabilească parteneriate cu universităţile, şi există deja un protocol cu filiala din Cluj-Napoca a ASM, condusă de prof. Mircea Grigorescu. Parteneriatul este benefic ambelor instituţii, pentru că aduce expertiza universitarilor în Academie, dar deschide şi posibilitatea acesteia de a participa la proiecte de cercetare şi de a folosi infrastructura universităţii pentru astfel de proiecte.

Cum vedeţi sistemul academic în ansamblu, cum ar trebui să fie structurat?

Sistemul francez este cel care stă şi la baza Constituţiei României, şi aş propune să implementăm modelul francez şi în mediul academic. Acolo există Institutul Francez, sub cupola căruia se găsesc toate academiile, începând cu Academia Franceză şi continuând cu academiile de ramură. Şi noi avem, în momentul de faţă, Academia Română, Academia Oamenilor de Ştiinţă din România şi academii de ramură, printre care şi Academia de Ştiinţe Medicale. Toate acestea ar trebui să intre într-un sistem şi să existe o unitate a lor. Cred că este evident pentru toată lumea că o singură academie nu poate rezolva toate problemele. Ca exemplu, secţia de medicină a Academiei Române, cu doar zece membri, nu poate să rezolve toate problemele medicinei româneşti, în timp ce cei peste 200 de membri ai Academiei de Ştiinţe Medicale, distribuiţi în toate specialităţile, cu siguranţă că o pot face. De aceea, este nevoie de un sistem comun şi de o recunoaştere reciprocă a acestor sisteme.

Veţi primi noi membri? Cum devii membru în ASM?

Membrii ies numai prin deces şi aşa se şi eliberează locuri, dar în momentul de faţă sunt locuri libere în Academie şi ne propunem să facem cât de curând primiri. Pentru aceste primiri vor fi respectate, în primul rând, criterii valorice de eligibilitate, şi în al doilea rând va fi respectată decizia filialelor în ceea ce priveşte propunerile. Vom promova foarte mult valoarea şi chiar tinereţea. În acelaşi timp însă vom respecta deciziile filialelor în ceea ce priveşte selectarea valorică a celor care aplică.

Poate fi, până la urmă, un instrument de reţinere a valorilor în ţară!

Fără îndoială! Şi eu sper foarte mult de la această colaborare cu universităţile şi de la includerea tinerilor în grupurile de lucru. Tineri care, fără îndoială, vor fi viitorii membri ai ASM.

Tinerii ar urma să colaboreze pe baze voluntare, în primă instanţă?

Categoric da! Numai că producţia ştiinţifică sigur că înseamnă ceva şi pentru ei ca şi CV, îi poate ajuta să publice, să se facă cunoscuţi, iar ulterior poate fi un criteriu pentru a fi incluşi în instituţii.

De ce finanţare aţi avea nevoie? Aveţi o propunere de buget?

Academia funcţionează cu un buget minimal. Propunerea de buget este raportată la posibilităţile pe care le are bugetul României şi înţelegem dificultăţile pe care le are, astfel încât atât cât poate fi alocat e binevenit. Speranţa e ca în viitor acest buget să crească. Mai ales pentru membrii pensionari şi cu dificultăţi materiale vom încerca să obţinem din sponsorizări posibilitatea de a-i ajuta, sub diverse forme. La un moment dat, toţi membrii aveau indemnizaţie. Părerea mea este că această indemnizaţie, dacă va reveni, va fi în primul rând pentru cei pensionaţi.

Care sunt obiectivele pe plan extern?

Trebuie să continuăm demersurile făcute în plan extern, de inserţie în Federaţia Europeană a Academiilor de Medicină, de organizare a unor manifestări şi proiecte comune cu academii europene şi chiar cu instituţii academice din afara Europei. Ceea ce va contribui la promovarea imaginii medicinei româneşti în lume şi la o mai bună inserţie în mediul academic internaţional.

În acelaşi timp, ASM îşi va lua în serios rolul de organizare a cercetării în medicina românească şi va continua procesul de evaluare a colectivelor de cercetare existente, de îmbunătăţire a infrastructurii de cercetare, se va implica în alcătuirea de proiecte cu care colectivele să participe la granturi interne şi internaţionale, şi va ajuta Ministerul Cercetării în orice fel de evaluare: instituţională şi individuală a cercetătorilor şi cercetării. Ca strategie, vom acorda o mai mare importanţă secţiilor ştiinţifice comparativ cu filialele, care acum sunt mai puternice, pentru început prin includerea preşedinţilor de secţii în Consiliile ştiinţifice. Spre deosebire de Academia Română unde secţiile au rolul principal, în ASM cuvântul principal este al filialelor. Deja Secţia de chirurgie a început editarea unui buletin electronic al manifestărilor ştiinţifice, şi a editat în anii 2008 - 2009 „Tratatul de chirurgie". Pe acelaşi model aş dori ca şi Sectia de Medicină Internă să alcătuiască „Tratatul de Medicină Internă". Sunt lucrări de referinţă pentru medicina românească şi mi se pare normal să fie asumate de secţiile ştiinţifice ale Academiei de Ştiinţe Medicale. <<<

Scanned with OKEN Scanner

prof. dr. Dan Prelipceanu:

Cheltuim resurse inutil, haotic şi anapoda, datorită lipsei unei structurări funcţionale în sistem

Delia Budurcă

Prof. dr. Dan Prelipceanu, director cercetare - dezvoltare în cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia”, spune că deşi România are o strategie adoptată care prevede înfiinţarea unei reţele de 140 de centre pentru sănătate mintală, la acest moment nu funcţionează mai mult de 30, ceea ce pune probleme deosebite legate de îngrijirea pacienţilor şi conduce la o risipă imensă de resurse. O integrare funcţională a îngrijirii acestor pacienţi ar putea conduce la economii majore şi ne-ar putea pregăti, în fapt, pentru creşterea ulterioară a numărului de pacienţi. Extrapolând statisticile europene, se apreciază că aproximativ 33% din populaţie suferă de diferite forme de afecţiuni privind sănătatea mintală, dacă includem şi insomnia. Interviul acordat *Medica Academica* a fost prilejuit de al 14-lea Congres Naţional de Psihiatrie, care a avut loc la Bucureşti între 19 şi 22 octombrie şi a reunit peste 2000 de participanţi. >>>

Scanned with OKEN Scanner

Congresul de Psihiatrie din acest an a avut o anvergură deosebită, a reunit şi foarte multe nume sonore din străinătate. Cum se vede psihiatria românească din străinătate

Nu pot spune eu cum se vede, dar pot să trag nişte concluzii indirect: faptul că străinii vin, unii dintre ei chiar au solicitat şi asta a făcut chiar să mă descurc mai greu cu programul, faptul că s-au oferit să vină fără nici un fel de suport, doar să prezinte lucrări fără să pretindă să le fie plătit drumul, cazarea sau taxa, înseamnă că există un oarecare interes şi o oarecare apreciere pozitivă pentru ceea ce facem noi aici. Astfel că au fost specialişti de primă mână din Europa, ba chiar şi din America!

Cum aţi aprecia lucrările originale care au fost prezentate, plusvaloarea pe care o aduce psihiatria românească

Eu am participat la selectarea lucrărilor, în general am reţinut 90% din titlurile propuse, pentru că oamenii au muncit şi nu suntem atât de drastici încât să îi pedepsim şi să îi gonim. Calitatea se vede în premiile date pentru cele mai bune postere şi cele mai bune comunicări orale. Ele traduc, în general, activităţile psihiatrilor care-şi dau doctorate sau care fac cercetări personale; la Timişoara, de exemplu, există un studiu care se desfăşoară de vreo 25 de ani al pacienţilor cu schizofrenie, al unei echipe conduse de profesorul Lăzărescu, şi au fost prezentate mai multe lucrări serioase şi interesante.

Cum ajung aceste studii şi cercetări la pacientul psihiatric

Nu ajung direct pentru că nu sunt direct legate de pacient. Ca să faci ceva care să ajungă direct la pacient trebuie o cercetare care costă milioane, aşa ceva nu se poate în România... Dar sunt lucruri care lămuresc nişte opinii, care pot fi luate în considerare, se pot ralia altor păreri şi pot genera în timp – nu au efect direct, dar au efect în ani, poate zeci de ani – schimbări de concepţii, îmbunătăţiri de clasificări diagnostice, ameliorarea acuităţii şi a preciziei diagnostice... Şi până la urmă se răsfrânge şi asupra bolnavului, care ajunge să fie tratat mai bine... Dar consecinţa nu e directă, nu faci azi lucrarea şi poimâine ai consecinţa asupra bolnavului.

Dar valoarea psihiatrilor români ajunge să fie reflectată în îngrijirea pacientului

Valoarea lor se vede prin faptul că pleacă în străinătate şi sunt primii acolo. Asta înseamnă că sunt preţuiţi, la noi nu sunt preţuiţi pentru că rămân şomeri. Se duc la firmele de medicamente, deşi nici acolo nu-i mai primesc. În sistem posturile sunt blocate, sunt posturi doar în locuri neprietenoase, în zone îndepărtate... Deci chiar dacă sunt buni tot nu sunt preţuiţi în societatea românească, ba, în plus, societatea românească stigmatizează profesiunea noastră, considerându-i pe psihiatri la fel de "nebuni" – eu nu folosesc acest termen, dar presa îl foloseşte – la fel de nebuni ca şi pe pacienţii lor. Ăsta-i nivelul concepţiei în societatea românească!

Această imagine este aşa, o tradiţie

Cred că este rezultatul unei ignoranţe şi a unei inculturi crase, precum şi a unei lipse de credinţă, aş spune, al unei agresivităţi primare care nu are nici un fel de înţelegere pentru semeni şi pentru suferinţa acestora.

Există această viziune asupra psihiatrilor şi în străinătate, sau este o caracteristică a societăţii româneşti

Nu, nu e neapărat o caracteristică a României, stigmă există peste tot, dar nu la dimensiunile astea!

S-a vorbit în cadrul Congresului de integrarea cu asistenţa primară, cu serviciile sociale. Cum apreciaţi situaţia din România

În România există un oarecare interes al medicilor de familie pentru psihiatrie. Noi am făcut în urmă cu trei ani o cercetare la nişte congrese ale medicilor de familie şi a rezultat că o treime din medicii de familie ar fi interesaţi să lucreze şi cu bolnavii psihici, ceea ce ne-a şi surprins puţin pentru că ne aşteptam să nu fie nimeni interesat; dar sunt mulţi, este o mare cerere de cursuri de psihiatrie din partea medicilor de familie, pentru că ei, fiind la baza asistenţei medicale, chiar simt că este nevoie. Vin bolnavi la ei care au tulburări de acest gen şi vor să ştie ce trebuie să facă.

Cât ar fi deficitul de medici psihiatri în România

O cercetare de acum patru ani stabilea că este un deficit minim de 400 medici psihiatri, cel puţin 350 de psihologi clinicieni, cel puţin 300 de lucrători sociali şi sociologi şi cel puţin 4500 de asistente cu pregătire de specialitate de sănătate mintală.

Există un plan de acţiune care prevede deschiderea a 140 de centre de sănătate mintală, care estimează şi costurile la 52 de milioane de euro, cu termene clare... Ce putem face ca acest plan să intre în acţiune

Este vorba de factorii politici de decizie. O să vă răspundă: "Când toată lumea stă să se prăbuşească, să găsim 100 de milioane pentru bolnavii psihici?!" Şi le dau dreptate, dar trebuiau s-o facă altădată, nu acum!

Care ar fi cele mai stringente probleme cu care vă confruntaţi

Lipsa de personal calificat, lipsa banilor, dificultatea de a asigura o fluiditate minimală a medicamentelor ca să nu le întrerupem înainte de vreme, cum se întâmplă astăzi, şi existenţa unei conexiuni funcţionale între spitalul de psihiatrie, ambulatoriul de psihiatrie şi medicii de medicină de familie.

Cum ar trebui să funcţioneze această legătură

Să vă spun cum e acum! Pacientul psihic vine la spital când se decompensează, când ajunge să fie grav. Bolile psihice evoluează ciclic, cu cât sunt tratate mai bine cu atât ciclul e mai larg, cu cât nu sunt tratate ciclul se îndeseşte şi evoluţia este spre degradare, bolnavul îşi pierde capacităţile funcţionale şi devine mai repede o povară a societăţii. Şi atunci ceea ce ar trebui să facem este să asigurăm legătura între spital şi celelalte verigi, astfel încât după ce ies din spital, unde au fost trataţi trei săptămâni, să plece acasă şi să fie urmăriţi în continuare. Pentru că dacă nimănui nu-i pas, situaţia se repetă! Familia s-a săturat de ei că nu produc nimic ci doar cheltuieli, şi o să îi neglijeze, doctorii le vor spune "pleacă de la uşa mea, că eşti nebun!", iar pacientul peste două luni se întoarce în spital... Şi se întreţine acest sistem aşa-numit "al uşilor batante", în care spitalul meu (n.n. Spitalul de Psihiatrie "Alexandru Obregia") care are peste 30.000 de internări pe an, are de fapt un nucleu de vreo 4 - 5000 de bolnavi care se internează, în cel mai bun caz, de vreo 2 -3 ori pe an, dacă nu şi mai des, de unde rezultă acest număr total de internări. Mai sunt urgenţele, bineînţeles! Dar asta (n.n. reinternările) înseamnă risipă de fonduri cu lopata! Pentru că îngrijirea în spital e cea mai scumpă! Eşti sărac, dar faci şi serviciile cele mai scumpe...!

Aceste centre de sănătate mintală cum ar trebui să funcţioneze

Ele ar trebui să preia pacienţii, să aibă medici care trec pe-acolo, asistente, echipe mobile care să se ducă acasă la pacient, să rezolve situaţii conflictuale, dacă sunt, să facă anchete sociale, să sesizeze alte instituţii, să semnaleze protecţia copilului, să îl pensioneze pe pacient, să

Scanned with OKEN Scanner

cheme asistenții sociali, să rezolve problemele acelui om mai repede, și atunci per ansamblu efectele sunt mai bune și remisiunea e mult mai bună... Mai vine peste trei ani la spital...

De ce există acest dezinteres?

Pentru că la început trebuiau alocați o grămadă de bani, sau măcar niște bani... Lumea e săracă și tot cârpește, până când... Deci e o cârpăceală cronică la noi...

Există această strategie de a închide unele spitale. Nu există și posibilitatea de a le transforma în centre de sănătate mintală, măcar o parte?

Problema nu e să le transforme, ci măcar să le fi păstrat pe cele existente... Există acum niște laboratoare de sănătate mintală, vreo zece dintre cele 30 care există sunt ceea ce ar trebui să fie, la Timișoara, pe la Pitești, la Piatra Neamț, la Tulcea... Dar dacă măcar acestea care sunt ar fi fost utilate cu personal și făcute să funcționeze mai bine, tot ar fi însemnat ceva. Poate nu toate cele 140 de centre stabilite în Strategie, ci măcar 40 - 50, câte unul în fiecare județ, dar să fie bune, cu echipă, cu personal, cu o mașină ca să se mai deplaseze la o casă îndepărtată... Să nu mai ia Salvarea care preia bolnavul, îl duce la spital, îl ține două zile, îi face injecții și îl trimite înapoi... Treaba asta ar putea fi rezolvată acasă la pacient de un asistent, un medic, de medicul de familie sau chiar de un psiholog sau de un asistent social care îl și evaluează și vede ce e de făcut. Poate nici nu e de internat, poate e numai vorba de o chestie locală, în familie, sau de altceva... Și imediat se stinge focarul, pacientul își revine și se reglează lucrurile fără să mobilizezi inutil resurse.

În momentul de față cheltuim inutil resurse, în mod haotic și anapoda, datorită lipsei unor structurări funcționale în sistem.

Ca urmare a unei asemenea structurări funcționale, cu cât s-ar reduce numărul de internări?

Poate chiar ar fi nevoie să se reducă din paturile de spital... Nu trebuie să înțelegem că numai la noi sunt asemenea probleme, și în America a fost la fel, dar la altă scară... America e de zece ori mai mare ca România, și pe vremea lui Kennedy s-a programat această reformă a sistemului de sănătate mintală; se proiectaseră, exact ca și la noi, 1400 de centre de sănătate mintală. Tot așa, după vreo 5 - 6 ani nu erau făcute decât vreo 500 - 600. Dar tot erau înființate. Peste tot sunt probleme, nicăieri nu-i perfect. Noi eram mulțumiți dacă se făceau măcar o treime, s-ar fi văzut... Mai e o problemă... avem niște clădiri, dar cine lucrează în ele?! Clădirea o faci în șase luni sau un an, dar personalul îl faci în doi, trei, patru ani. Un medic psihiatru se pregătește în patru ani, după facultate, un psiholog după patru ani de psihologie trebuie să mai facă un an sau doi de pregătire clinică. Strategia a fost adoptată în 2006, până în 2011 tocmai bine am fi avut încă o generație de psihiatri... Numai că specialiștii s-au format, ministerul a crescut numărul de rezidenți, dar după ce i-au format ei ce fac?!!! Nu li s-a oferit nimic! Așa că acum pleacă în Franța, Danemarca, șamd.

Cum vedeți viitorul?

Viitorul îl văd sumbru! Va crește numărul de pacienți... Deja mă enervez când aud întrebarea asta, dar va crește, asta e tendința. E clară pentru că viața e tot mai dificilă și este și un determinant psihosocial. Sigur că principalul determinant e genetic, și sunt unii care rezistă la greutăți și alții care cedează. Dar dacă greutățile sunt din ce în ce mai mari, sigur că și cei care ar mai fi rezistat mai cedează, și-atunci numărul de oameni care vor trebui să fie asistați va crește. Deja se vorbește de unul din patru oameni – zice OMS-ul – care are de-a lungul vieții nevoie de asistență specializată de sănătate mintală. Nu înseamnă că trebuie să se interneze la nebuni, dar trebuie să se ducă la o consultație, o dată, de două, de trei ori, trebuie să ia o rețetă, o dată, de două, de trei ori, că nu poate să doarmă, se duce la un psihoterapeut șase sau 12 ședințe... Deci oamenii pregătiți și resursele vor fi din ce în ce mai necesare, asta este limpede... În plus cresc demențele, crește numărul persoanelor de vârsta a treia, crește riscul tulburărilor cognitive, e ineluctabil...

Se vorbea de potențialul care ar fi să îngrijim în România pacienți cu Alzheimer... Cum vedeți acest lucru?

Presupune tot oameni specializați! Chestia de fond e că oamenii pleacă... Noi pregătim de fapt medici specialiști pentru alte țări. Nu pleacă toți, dar foarte mulți.

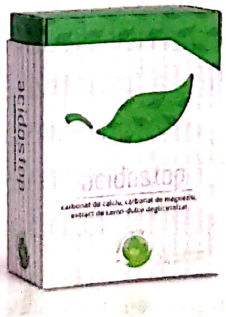
Ați avea o soluție?

Să-i ajuți să-și găsească și ei un rost... Acum vreo șase ani se scoseseră 20 de posturi în diverse spitale de psihiatrie din România – eram președintele Comisiei – dintre care unul la DSM Ploiești, iar celelate în spitale rurale, pentru că multe spitale de psihiatrie sunt în comune. Cu o lună înainte fusese examenul de specialitate, deci se formaseră vreo 40 – 50 de medici specialiști, fusesem șef de Comisie... Și când a venit concursul ăsta mi-am zis că pentru 50 de absolvenți sunt 20 de locuri, deci au și ei loc, și o să vină și o să se bată pe postul din oraș, dar o să ia și din cele de la țară... Câți candidați credeți că au fost? Unul! O fată, care s-a dus la Ploiești! N-a venit nimeni, nu au venit la concurs!!! Și s-au dus unii la companiile farmaceutice, alții în cabinete private și alții au plecat. Acum companiile farmaceutice nu prea mai angajează, că sunt în recesiune, dar ei pleacă în străinătate, pleacă pe capete... <<<

Scanned with OKEN Scanner

DRAGOSTEA NU TRECE PRIN STOMAC STRESUL ÎNSĂ DA.

ACIDOSTOP. Remediul natural pentru probleme digestive.



mundo verde

Cu drag, Natura!

Acidostop combină capacitatea de neutralizare rapidă a excesului de acid gastric a carbonaților de calciu și magneziu cu efectul tonic asupra mucoasei digestive al extractului de lemn dulce deglicirinizat.

www.mundoverde.ro

* Acest produs este un supliment alimentar și nu poate înlocui un regim alimentar variat. Se recomandă citirea cu atenție a prospectului și a informațiilor de pe cutie.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Ioana Bianchi, consilier al președintelui CNAS:

Fiecare cetățean va plăti, direct sau indirect, pentru contribuția la sănătate

Maria Vasilescu

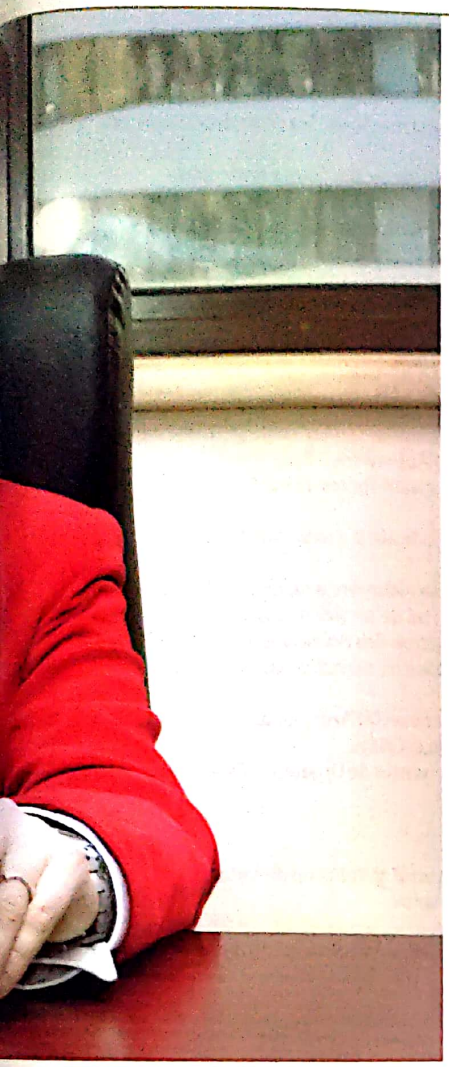
Cu o privire exersată încă din Franța, consiliera președintelui CNAS, **dr. Ioana Bianchi, medic specialist de sănătate publică,** privește obiectiv atuurile dar și provocările care se află în fața noii legi a sănătății, menită să transforme din temelii sistemul de sănătate. În opinia sa, riscurile ar putea fi determinate de incertitudinea atractivității pieței asigurărilor de sănătate pentru asiguratorii privați, definirea insuficient de precisă a mecanismelor de control a calității serviciilor medicale furnizate și timpul scurt în care trebuie elaborată legislația secundară. >>>

Cum ați defini punctele tari și punctele slabe ale noii legii a sănătății?

Propunerea de lege cadru a sănătății se bazează pe recomandările raportului din 2008 al Comisiei Prezidențiale, "Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului" și a fost elaborată urmărind aceste linii directoare. În conceperea ei au fost implicați experți de la toate nivelele asistenței medicale și de la instituțiile și organizațiile profesionale cu rol decizional și consultativ din sistemul sanitar românesc.

Ne găsim în prezent "pe ultima sută" a elaborării acestui draft, când varianta considerată finală de către echipa de experți a fost trimisă pentru comentarii, sugestii și completări eventuale tuturor stakeholder-ilor din domeniu, pentru a putea pune în dezbatere publică un document cât mai complet și care să aducă întradevăr o schimbare de paradigmă în sistemul românesc de sănătate.

Cât privește punctele tari și cele slabe ale legii sau mai precis ale proiectului de lege, cred că cele tari au fost comentate de multe ori, atât în presa scrisă, cât și în cadrul numeroaselor manifestări ce au ca subiect central reforma din sănătate. Chiar luna trecută, în paginile revistei *Medica Academica*, dl. prof. Cristian Vlădescu le-a descris cu mare acuratețe, deci nu voi



enumera decât trei dintre ele, deoarece mi se par cele relevante din punct de vedere al cetăţeanului şi al asiguratului:
- încurajarea concurenţei, atât în piaţa de asigurări de sănătate, cât şi în cea a furnizorilor de servicii, ceea ce va duce, sperăm, la creşterea calităţii şi eficienţei serviciilor medicale;
- posibilitatea introducerii unui management privat în spitale prin opţiunea transformării lor în fundaţii, promovarea performanţei şi a recompensei adecvate a adevăraţilor profesionişti;
- posibilitatea creării de noi structuri integrate, pe verticală şi orizontală, la nivelul sistemului de asistenţă primară, ambulatorie şi în spitale.

Dacă ne uităm acum la punctele care nu fac plăcere nici unui "creator", dar de care trebuie să ţinem seama dacă vrem ca această reformă să nu fie doar pe hârtie, în opinia mea cele mai importante trei riscuri ar fi următoarele:
- insuficienta adecvare a controlului exercitat de sistemul de reglementare asupra calităţii informaţiilor şi serviciilor oferite asiguratului, atât de către furnizori, cât şi de asiguratorii de sănătate;
- insuficienta atractivitate a pieţei asigurărilor şi deci lipsa unei adevărate concurenţe, care aduce după sine alte incoveniente, dificultăţi în furnizarea eficientă a serviciilor şi în controlul costurilor;
- şi, *last but not least*, termenul scurt în care trebuie elaborată şi implementată legislaţia secundară, termen scurt prin prisma imensului volum de muncă şi al existenţei unui număr insuficient de competenţe la nivelul instituţiilor ce trebuie să elaboreze aceste acte normative, fără de care legea cadru nu se poate aplica.

Care sunt modificările pe care le aduce 2012 pentru asiguraţi?

Aş vrea să fac o precizare: 2012 va reprezenta perioada de înrolare a asiguraţilor de către asiguratorii de sănătate, dar sistemul va funcţiona tot ca până acum, cu CNAS ca instituţie finanţatoare a sistemului de asigurări de sănătate. Trebuie să ne aşteptăm la o funcţionare efectivă a pieţei concurenţiale a asigurărilor de sănătate de-abia din 2013, în ipoteza că tot procesul de reformă se desfăşoară conform unor parametri de timp stabiliţi în legea-cadru.

S-a vorbit de zece, maxim 20 de case private, şi un plafon minim de un milion de asiguraţi fiecare. Cum vor fi aceste case stabilite? Vor avea o acoperire teritorială, zonală, sau asiguratul va avea o posibilitate largă de a alege?

Şi aici trebuie să modulez termenii discuţiei: când vorbim de un milion de asiguraţi, ne referim la unul dintre criteriile de eligibilitate pentru intrarea pe piaţă. Vă reamintesc că proiectul de lege stipulează minim un milion de asiguraţi în anul precedent intrării în vigoare a legii, pe segmentul de asigurări de sănătate, la nivelul societăţii de asigurare sau al grupului din care aceasta face parte.
Cât priveşte modalitatea de selecţie a acestor asiguratori, pe lângă criteriul numărului de asiguraţi, dispunem şi de un criteriu sau indicator financiar, şi anume cifra de afaceri realizată pe segmentul de asigurări de sănătate în anul precedent intrării în vigoare a legii, indicator ce trebuie să fie de minim 500 milioane euro.
În forma actuală a proiectului de lege, fiecare asigurator de sănătate va trebui să acopere la nivel naţional piaţa, deci asiguratul va avea o largă posibilitate de a alege.

Ce se întâmplă cu casele judeţene? Se comasează, eventual, şi se transformă în case private?

Prezentul proiect de lege oferă posibilitatea caselor judeţene de a intra pe piaţa asigurărilor de sănătate la concurenţă cu societăţile private, urmând ca legislaţia secundară să definească mai precis condiţiile de eligibilitate şi acces pentru casele judeţene. Această reformă va reprezenta, în mod clar, o schimbare a modelului mental şi de management pentru o parte a personalului CJAS, însă credem că experienţa şi competenţele acumulate vor fi atu-uri importante de partea lor, dacă vor alege opţiunea intrării pe piaţă.

Vor avea furnizori proprii de sănătate?

În proiectul de lege este stipulată posibilitatea ca un asigurator privat să deţină sau să cumpere furnizori de servicii medicale, acest lucru fiind inspirat din modelul HMO (*Health Maintenance Organization*) din Statele Unite. În ce condiţii se va petrece acest lucru este prematur să mă pronunţ înaintea dezbaterii publice pe proiect.

Când se estimează să fie introdusă asigurarea suplimentară?

Depinde la ce tip de asigurare vă referiţi în mod precis: în sistemele de asigurări unde funcţionează companii private, acestea pot oferi asigurări complementare (care rambursează total sau parţial coplata rămasă în sarcina asiguratului) şi suplimentare (care pot oferi accesul la servicii ce nu sunt incluse în pachetul de bază sau cu un coeficient de confort sporit).
Acestea fiind zise, asiguratorii de sănătate au deplina libertate în a-şi stabili tipul şi momentul lansării asigurărilor voluntare.

Ne putem aştepta şi la intrarea unor asiguratori străini specializaţi?

Dacă asiguratorii străini satisfac criteriile de eligibilitate şi consideră piaţa românească o oportunitate interesantă, noi privim acest element ca un factor de creştere a profesionalismului în sistem.

Care va fi rolul CNAS în noua organizare?

Ne aşteptăm ca CNAS să aibă mai multe roluri, toate la fel de importate în opinia mea: reglementarea sistemului şi mo-

Scanned with OKEN Scanner

dr. Ioana Bianchi
- Mai 2011 - prezent: consilier al Preşedintelui CNAS
- 2010: medic specialist de sănătate publică
- aprilie - august 2010: consultant senior strategie medicală, Şef de proiect, societatea Altao, Franţa
- martie 2008 - aprilie 2010: consultant strategie medicală, Centre National de l'Expertise Hospitaliere, Franţa
- 2005-2009: Rezidenţiat în Sănătate Publică şi Management, UMF "Carol Davila", Bucureşti
- 2005-2007: Master "Management santé-social: perspectives nationales, européennes et internationales", Université de Médecine et des Sciences, UFC Nantes
- 1995-2001: Facultatea de Medicină Generală, UMF "Carol Davila", Bucureşti

Proiecte semnificative
- 2010: Consultanţă pentru facilitarea unui parteneriat sanitar strategic între Centre Hospitalier de Gonesse şi Centre Hospitalier d'Aulnay-sous-Bois, Altao
- 2010: Elaborarea proiectului medical al Comunităţii Teritoriale de Spitale CH Fourmies-Hirson-LeNouvion, Altao
- 2010: Analiza strategică a ofertei de servicii medicale şi a mediului concurenţial pentru Hôpital Suisse de Paris, CNEH
- 2009: Participare în echipa (co-coordonator) de elaborare a raportului «L'état des lieux de la psychiatrie en France» (Analiza ofertei de servicii de psihiatrie din Franţa), CNEH, cerut de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS)
- 2009: Studiu asupra restructurării ofertei publice de servicii de chirurgie în Sud-Vestul Picardiei, CNEH (şef de proiect)
- 2008: Mission d'Evaluation et Analyse Hospitalière (MEAH): Studiu asupra modului de funcţionare al Centrelor Medico-Psihologice, CNEH
- 2008: Analiza îngrijirilor seniorilor la Departamentul de Urgenţă al Centre Hospitalier Régional d'Orléans, CNEH

Domenii de competenţă
1. Analiza strategică a mediului concurenţial al unui spital/grup de spitale
2. Analiza datelor medico-economice ale unui spital
3. Analiza comparată a sistemelor de sănătate
4. Audit organizaţional şi de activitate servicii clinice, departamente de urgenţă, instituţii medico-sociale
5. Elaborare de proiecte de activitate medicale

nitorizarea pieţei, gestionarea şi updatarea continuă a sistemului informatic unic integrat, apărarea interesului asiguratului prin evaluarea calităţii serviciilor şi a acurateţii informaţiilor oferite atât de asiguratori cât şi de furnizori, elaborarea mecanismului de redistribuire a fondurilor asiguratorilor de sănătate, etc.

Cine va controla casele private de sănătate?

Consider foarte relevantă alegerea cuvintelor pe care le-aţi utilizat şi cred că ele reflectă o temere existentă în anumite cercuri şi poate şi la nivelul populaţiei că sistemul va fi scăpat de sub control odată cu introducerea concurenţei între asiguratorii de sănătate.

Aş vrea sa precizez însă că CNAS (şi CSA pe domeniul său de competenţă) va monitoriza şi reglementa o piaţă, un sistem, respectarea unui set de proceduri şi standarde de către fiecare dintre asiguratorii de sănătate, fie ei publici sau privaţi.

Desigur, vom lua toate măsurile pentru a ne asigura de respectarea periodicităţii, corectitudinii şi fiabilităţii datelor raportate, mergând până la posibilitatea efectuării de audituri dacă vor exista suspiciuni. Însă, ca şi în sănătate, cred că este mai important să prevenim, decât să vindecăm.

Din acest punct de vedere, elaborarea foarte precisă a legislaţiei secundare, definirea clară a atribuţiilor instituţionale şi pregătirea şi perfecţionarea personalului care va avea aceste atribuţii reprezintă elemente cheie pentru asigurarea unei reglementări şi monitorizări pertinente, corecte şi fiabile.

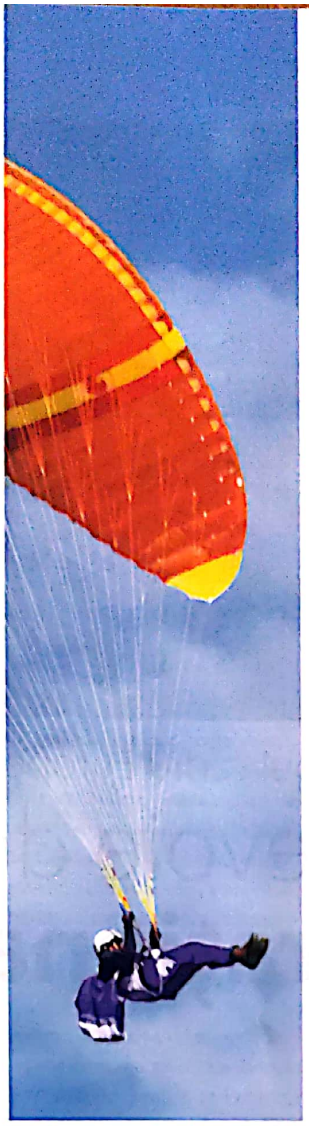
Vor mai exista scutiţi de la asigurarea socială de sănătate?

Exceptarea de la plata contribuţiei pentru asigurarea socială de sănătate este o decizie politică şi se face în funcţie de strategia de sănătate a Guvernului. Este prematur deci să ne lansăm în presupuneri înaintea intrării în dezbatere publică a proiectului de lege. Pot să vă spun însă că ideea de bază a colectării contribuţiei este că fiecare cetăţean va plăti, fie direct, fie indirect (se va plăti pentru el de către persoane fizice, juridice, instituţii, etc).

Există temeri că legea va trece fără dezbatere publică, unele organizaţii de pacienţi au reacţionat deja, ce ne puteţi spune?

Cred că ne referim la două noţiuni distincte: punerea în dezbatere publică a proiectului de lege şi adoptarea legii propriu-zise. Despre punerea în dezbatere a proiectului de lege, vă pot spune că nici nu se poate imagina să trecem de această etapă; ar fi total nedemocratic la nivel de principii şi, din punct de vedere pragmatic, neproductiv pentru cei care au elaborat proiectul, deoarece ar putea fi multe sugestii interesante care n-ar putea fi introduse dacă "sărim" această etapă. Proiectul de lege, după acceptarea modificărilor introduse de toţi partenerii de discuţie, va fi pus în dezbatere publică pe site-ul Ministerului Sănătăţii, la începutul lunii decembrie, cel mai probabil. În ceea ce priveşte adoptarea legii, intrăm aici din nou în domeniul strategiei politice şi sunt sigură că veţi găsi formularea interogativă potrivită pentru a primi un răspuns din partea factorilor decizionali! <<<

Scanned with OKEN Scanner



Myfenax®
mycophenolate mofetil

for successful acceptance
Equoral®
ciclosporin

an affinity for life
Tacni
tacrolimus

TEVA

live your life

Scanned with OKEN Scanner

Dezbatere: Finanțarea Sănătății în noul cadru European 2014-2020

România are nevoie de un Program Operațional pe Sănătate

Irinel Rădulescu

Dezbaterea **„FINANȚAREA SĂNĂTĂȚII ÎN NOUL CADRU EUROPEAN 2014-2020”**, organizată de **Tarus Media Health Events**, nu este un eveniment singular, venind în completarea conferințelor **„FONDURI STRUCTURALE PENTRU SĂNĂTATE”** (octombrie 2010) şi **„FINANȚAREA SUSTENABILĂ A SISTEMELOR DE SĂNĂTATE”** (martie 2011). >>>

Evenimentul a reunit manageri de spital, reprezentanți ai autorităților statului, europarlamentari, reprezentanți ai asociațiilor profesionale, ai mediului de afaceri şi ai organizațiilor de pacienți. Dezbaterea a fost moderată de prof. dr. Marius Bojiță, Universitatea de Medicină „Iuliu Haţieganu”, Cluj-Napoca, conf. dr. Gheorghe Muhlfay, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Târgu Mureş şi de Gabriel Giurgiu, realizator TVR.

România are nevoie de fundamentarea unui Program Operațional Sectorial (POS) pe Sănătate foarte bine argumentat, cu care să se prezinte la negocierile privind viitorul cadru financiar european 2014 – 2020, deoarece în aceast nou cadru financiar principala modificare este că vor fi finanțate programe şi nu domenii, ca în perioada 2007 – 2013, au arătat participanții la dezbatere. Bugetul alocat Sănătății de Uniunea Europeană pentru 2014-2020 este de 2,750 miliarde euro, ceea ce, împărțit la numărul de locuitori ai Europei arată că ar însemna 11 cenți pentru fiecare cetățean.

„Suntem de cinci ani în Uniunea Europeană, dar nu suntem încă în

Scanned with OKEN Scanner

16 panelişti şi 50 de participanţi au dezbătut:

- Criza economico-financiară şi presiunile asupra bugetelor sănătăţii publice – soluţii economice, manageriale şi financiare
- Cum să se construiască sisteme de sănătate sustenabile în perioada post-criză?
- Cum poate sistemul de sănătate să ofere îngrijire de înaltă calitate cu resurse financiare reduse?
- Oportunităţi de finanţare a iniţiativelor de sănătate în cadrul Cadrului Financiar Multianual/ Multiannual Financial Framework 2014-2020, propus de Comisia Europeană
- Ce şanse avem pentru un program operaţional sectorial special dedicat sănătăţii?
- Strategia "UE 2020", noul cadru financiar european (2014-2020) şi finanţarea sistemelor de sănătate – cazul României

politicile europene. De vină e deficienţa noastră de a nu funcţiona pe bază de programe. (...) Bugetul 2014 - 2020 se va duce într-un cadru contractual, nu numai financiar, cu un contract între Guvernul României şi Comisia Europeană. În acest contract Guvernul va trebui să demonstreze nu numai că are programe, ci şi capacitatea de a le implementa", a declarat prof. dr. Vasile Puşcaş, fost Negociator Şef al României cu Uniunea Europeană. "Va trebui să fim foarte prezenţi şi activi în dezbaterile nu numai din România, pentru ca măcar 7% din fondurile de coeziune să fie destinate sănătăţii", a punctat Vasile Puşcaş.

Cristian Pârvan, reprezentantul Asociaţiei Oamenilor de Afaceri din România, a adus perspectiva pragmatică a mediului de afaceri asupra domeniului sănătăţii, care trebuie privit prin prisma potenţialului pe care îl are de a dezvolta economia şi a creşte Produsul Intern Brut (PIB).

Maria Varga, director, Direcţia de Implementare şi Coordonare Programe din Ministerul Sănătăţii, a punctat dificultăţile cu care se confruntă proiectele care încearcă să acceseze fonduri europene pe sănătate, pornind de la modul cum sunt încadrate acestea în diferite programe care sunt gestionate la diferite ministere. "Există bucăţele de programe unde putem aplica. Constatăm că suntem neeligibili la cele mai multe proiecte, putem aplica numai pentru pregătirea profesională, la Fondul Social European. Trebuie să se stabilească, din punct de vedere politic, dacă se doreşte sau nu să dăm bani la sănătate. Contează cum introducem sănătatea în cadrul strategic naţional. Trebuie să stabilim: este sănătatea o prioritate sau nu? Acum nu facem decât să împuşcăm puncte disparate", a spus Maria Varga.

„Propun semnarea şi lansarea unei Scrisori comune prin care România să se lupte pentru un Program Operaţional Sectorial dedicat sănătăţii", a concluzionat europarlamentarul Cristian Buşoi, după ce a arătat oportunităţile noului cadru financiar european: pe de o parte, programul de sănătate publică a UE "Sănătate pentru creştere", de 446 milioane de euro, prin care se pot accesa fonduri pentru bolile rare, pentru screeningul pentru cancer, ameninţările transfrontaliere, soluţii eHealth şi pentru evaluarea tehnologiilor medicale, şi pe de alta, programul de cercetare şi inovare". Europarlamentarul a adus în discuţie modelul Slovaciei, care, chiar şi în absenţa unui POS separat, a accesat 250 de milioane de euro din fondurile UE în cadrul financiar 2007-2013, modernizând spitalele şi reorganizând sistemul de prevenţie.

Mihaela Luncan, reprezentant al Guvernului în Consiliul de conducere al Comisiei Naţionale de Acreditare a Spitalelor, a propus constituirea unui Grup de Lucru format din specialişti care să argumenteze şi să fundamenteze propunerea pentru crearea unui POS dedicat Sănătăţii.

Cristian Luţan, director executiv adjunct la Asociaţia Română a Producătorilor Internaţionali de Medicamente, a punctat efortul industriei farmaceutice de a investi în cercetare şi inovare, prin lansarea, la nivel european, de către EFPIA şi CE, a "iniţiativei de finanţare a cercetării fundamentale în universităţi şi laboratoarele mici". El a precizat ca finanţarea sănătăţii se va reglementa numai dacă aceasta nu va mai fi privită ca o gaură neagră, ci va fi considerată cea mai eficientă investiţie.

Dr. Adrian Cotârleţ, managerul Spitalului de Urgenţă Moineşti, care a accesat fonduri europene pentru reconstrucţia Ambulatoriului de specialitate din spital şi dr. Călin Boeru, directorul Maternităţii din Ploieşti, au subliniat faptul că managerii de spital nu sunt consultaţi direct atunci când se fac diferite legi şi strategii care îi privesc, precum şi lipsa de comunicare coordonată privind fondurile europene disponibile pentru a fi accesate de spitale.

Evenimentul a reunit într-o dispută dezbatere manageri de spital, reprezentanţi ai autorităţilor statului, europarlamentari, reprezentanţi ai asociaţiilor profesionale, de afaceri şi ai organizaţiilor de pacienţi, în scopul de a dinamiza interesul pentru utilizarea banilor europeni în domeniul sănătăţii. <<<

Concluzii

- România are nevoie de un Program Operaţional pe Sănătate
- Sănătatea şi învăţământul ar trebui declarate priorităţi naţionale
- Trebuie construită o strategie care să se încadreze în noul cadru multianual; s-a propus constituirea unui grup de lucru care să mobilizeze comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii
- Guvernul României abordează politica UE ca politică externă, abordarea de succes ar fi parteneriatul CE-Guvernul României
- Nu există o strategie a guvernului, dar există serioase dificultăţi de comunicare şi informare privind tot ceea ce este legat de proiectele europene în domeniul sănătăţii.

Scanned with OKEN Scanner

Dr. Michaela Berkowitz, Israel, specialist în medicină paliativă

Arta de a ceda în fața imposibilului. Dar nu a suferinței!

Delia Budurcă

Și-a dorit să lucreze cu copiii, dar a ajuns să facă o carieră în medicina paliativă. Hospice-ul, pe care la început încerca din răsputeri să-l evite, a ajuns să însemne locul unde poți face extraordinar de mult pentru semeni. **A inițiat cel mai mare curs de medicină paliativă din Europa**, a primit premiul studenților pentru cel mai bun profesor din facultate, a fondat și conduce Societatea israeliană de medicină paliativă. Pentru dr. Michaela Berkowitz, plecată în 1987 din România, cariera profesională, cercetările și titlurile academice au venit ca niște fructe surprinzătoare pe care nu le-a căutat, nu le-a așteptat, dar care au continuat firesc o muncă tenace și plină de dăruire. >>>

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

> **Un bolnav îngrijit bine acasă sau admis într-un Hospice poate face o economie serioasă, nemaivorbind de faptul că suferința îi poate fi evitată în modul cel mai uman posibil.**

Când ați plecat din România? De ce?

Am plecat din România în 1987, după terminarea Facultății de Pediatrie la "Carol Davila" și după un an de stagiu la Spitalul "Victor Babeș" din București.

Nu știu dacă pot da un motiv precis. Au fost mai mulți factori care ne-au influențat: nu aveam casă, ne tot mutasem de la mama mea la părinții soțului. Nici speranțe de a avea una nu prea erau, căci ambii părinți aveau condiții să ne țină. În timpul facultății trecusem prin câteva episoade destul de neplăcute: când m-am măritat și mi-am schimbat numele, secretara facultății m-a sfătuit prietenește să port numele de fată la facultate, căci altfel s-ar putea să am o problemă, apoi am fost ușor înlăturată „cu felicitări" din funcția pe care o dețineam de coordonator sport-turism pe IMF, apoi șeful de grupă m-a anunțat vioi că, deși aveam note foarte mari, nu voi putea beneficia de cele 50 de sutimi la media finală pentru că nu sunt și nu voi fi niciodată membră de partid, și asta pentru că „m-am dat cu străinătatea".

Dar cel mai groaznic lucru a fost când unul din cei șapte colegi de grupă - cu care împărțisem sandvișul zilnic - mi-a strigat copilul de numai un an și jumătate, în sala mare a Spitalului de copii, „jidov mic". Asta mi-a ars sufletul atunci, și, deși eu nu aveam rude în Israel, am venit acasă și i-am spus soțului că vreau să plecăm. Adevărul este că noi nu simțisem până atunci nici un fel de diferențe, aveam o mulțime de prieteni, eram iubiți de ei și aveam o viață socială foarte frumoasă. Nu doream ca viitorul copilului meu să atârne de ura îngrozitoare față de evrei.

Așa că până la urmă am plecat. Și poate în străfundul străfundului a fost un act de răzvrătire față de oamenii de cultură români care-mi împinseseră tatăl la sinucidere. Probabil că era un mod de a fugi de locul în care omul care m-a crescut și m-a educat a fost pur și simplu condamnat să nu-și poată practica arta de care era îndrăgostit - tata a fost pictor. Și asta numai pentru că era foarte talentat.

Așa că am luat calea Israelului cu toții: soț, copil, socri.

Care au fost primele impresii despre Israel și sistemul de sănătate? Ce v-a frapat?

Primele impresii au fost izbitoare! Plecasem în perioada cea mai cumplită pentru românul de rând, în care lumea se bătea pentru un pachet de unt sau câteva ouă. Îmi aduc aminte că am sosit într-o vineri, iar sâmbătă cumnații ne-au luat să vizităm Ierusalimul vechi și toate locurile sfinte. Ca să ajungem dintr-un loc într-altul treceam prin piața arăbească, plină de minunății. La un moment dat, pe o tarabă plină cu tot felul de mirodenii am observat un munte de zahăr candel, care în România dispăruse până și el, dar care mi-a bucurat în copilărie jocurile de șotron cu prietenele mele, fiind și cel mai ieftin dulce - 1,5 lei suta de grame. Într-o clipă de neatenție a cumnaților, am luat de pe tarabă un pumn cât am putut și mi l-am îndesat în gură ca un copil nemâncat! Aveam totuși 29 de ani!!! Și, pe deasupra, mi-am mai și reumplut pumnul cu cât am putut. M-a descoperit cumnatul, când a văzut că nu pot vorbi din cauza gurii pline. Toată familia s-a distrat pe seama mea și mi-au cumpărat un kilogram întreg, ca să mă satur.

Mă întrebați ce m-a frapat! Din primele zile am fost surprinsă de organizarea clară, bunăvoința și amabilitatea surorilor și medicilor față de pacient și aceasta fără a fi condiționat de un plic sau de un cadou. Dacă vrei să vorbești cu șeful clinicii nu este absolut, dar absolut nici o problemă, el nu este un Dumnezeu, se află în locul în care se află pentru a fi disponibil pacienților și familiilor. Este adevărat că munca este grea, ziua de lucru este lungă, gărzile sunt dărâmătoare, dar totul este retribuit, chiar dacă astăzi și noi, medicii din Israel, protestăm pentru condiții mai bune de lucru. Și ce m-a frapat puternic a fost faptul că dacă vrei să muncești și ești serios poți munci oricât te țin puterile. În România pe care eu o părăsisem nu puteai avea mai mult de un loc de muncă, iar gărzile erau impuse și nu erau plătite separat.

Cum a continuat parcursul dvs. profesional?

Primele luni au fost grele, căci limba este grea și despărțirea de cei dragi de acasă apăsa destul de tare. În plus, diploma mea de medic pediatru nu a fost recunoscută. În schimb, am fost recunoscută ca medic generalist. A fost un moment greu: departe de ai mei, într-o lume străină, fără limbă și practic fără meserie. Așa că, deși am fost solicitată să încep o specializare la o secție de neurologie, am preferat să mai fac un an de stagiu și apoi să mă reîntorc la pediatrie. Lucrurile s-au schimbat pe parcurs. Încă din timpul stagiului am fost remarcată de un profesor român, șeful uneia din secțiile de chirurgie ale spitalului în care lucrez, acesta propunându-mi să rămân în secția dumnealui ca rezident. Soțul meu însă s-a împotrivit vehement, considerând că devenind chirurg voi fi total vândută meseriei și deci voi fi prea puțin timp acasă. Așa că până la urmă am dat examen pentru a fi primită la Pediatrie. Postul însă se elibera într-un an, așa încât mi-am început rezidențiatul, provizoriu, la Medicină Internă.

Anul cât am lucrat la Interne a fost îngrozitor de greu. Ca pediatru, nu am avut ocazia să tratez edeme pulmonare, în România nu era obișnuit ca un caz de urgență să fie rezolvat pe secție, nu făcusem niciodată o resuscitare și nici nu prea aveam cui să-i cer un ajutor sau un sfat. Gărzile erau grele tare, nici vorbă de închis ochii... Erau gărzi în care primeam câte 11-12 bolnavi noi, iar când era mai liniște stăteam cu urechile ciulite să aud orice mișcare. Îmi era frică mai ales pentru că nu stăpâneam limba, fugeam de telefon ca de foc. Iar a doua zi o luam de la capăt: vizita bolnavilor, stabilirea tratamentelor, externările și apoi abia plecam acasă la celalat job: de mamă! Ca un făcut, fiind gravidă, am născut și, în perioada imediat următoare, directorul secțiilor de geriatrie, tot român și el și tot fost pediatru, dr. Marian Rabinovici, mi-a propus să renunț la orice și să vin să lucrez ca rezident la el în secție, căci avea un post liber. M-a ademenit ușor - ușor, explicându-mi că în afară de toată susținerea lui voi avea posibilitatea de a-mi lua și un al doilea job, câștigând astfel mai mulți bani, de care aveam atâta nevoie. Până la urmă am acceptat, și iată-mă de la pediatrie la geriatrie.

Sigur că la noua secție programul era mai lejer și așa am adăugat un alt job, apoi altul și altul. După un an am fost rugată să fac o rotație de șase luni la Hospice. Am intrat în panică, am încercat să mă opun, dat fiind traumele suferite în anii tinereții, dar n-a fost chip să scap. Am început lu-

crul la Hospice pe 1 iunie 1991, iar pe 11 iunie, ziua mea de naştere, am realizat un record pe care nu l-am mai atins în cei 21 de ani care au urmat: 7 morţi din 14, într-o singură noapte. Am fost disperată, m-am auto-acuzat şi tot ce mi-am dorit a fost să mă reîntorc oriunde, numai să nu mai rămân acolo. Şi cu toate astea, după un an, când mi s-a cerut reîntoarcerea, am refuzat! Începusem să mă acomodez, mă vedeam făcând bine, viaţa avea deja alte valori. Chiar în gărzile pe care continuam să le fac mă revoltam pe mine însămi când eram nevoită să fac o resuscitare care, de cele mai multe ori, nu reuşea sau nu prelungea viaţa într-un mod eficient. Întorcându-mă la geriatrie, nu mă mai bucuram de nici o reuşită în tratamentul bolnavilor avuţi în grija mea. Abia aşteptam să-mi termin treaba şi să zbor la bolnavii mei de la Hospice. Până la urmă şefii n-au avut încotro şi au trebuit să-mi aprobe reîntoarcerea într-o secţie pe care, de fapt, nimeni nu o voia. M-am reîntors cu gândul de a-mi închina cariera celor aflaţi la sfârşitul celei mai cumplite bătălii. Atât doream, nici prin gând nu-mi trecea ideea unei cariere academice.

Cercetarea a început ca un ajutor pentru şeful meu de a colecta date, apoi mi-a venit o idee proprie şi m-am prins în joc. Am început să scriu. Cariera academică a început la fel: şeful m-a rugat să-l ajut să organizeze un curs pentru medicii de familie. Şi m-am trezit că-l organizez singură, ba mai mult, am primit felicitări şi recomandări către Facultatea de Medicină din Tel Aviv. Acolo am început la fel, împreună cu şeful meu, să organizăm un curs de 400 de ore pentru medici, cu două săptămâni de practică în Hospice, care la ora actuală este cel mai mare curs din Europa de Medicină Paliativă. La propunerea decanului de atunci, român şi el, prof. Făinaru, mi-am depus actele pentru postul de preparator. La sfârşitul primului curs am primit premiul de cel mai bun organizator. Şi iată, în trei ani am fost numită conferenţiar clinic, iar în 2003 am primit premiul studenţilor de cel mai bun profesor pe facultate!

Mi-aş dori mult să predau în România, să transmit studenţilor români tot ce am acumulat, cu atâta greutate, în decursul celor peste 22 de ani.

În 2009, după pensionarea şefului meu, am primit conducerea secţiei de Îngrijiri Paliative "Beit Friedman" la Centrul Medical Sheba. În paralel, am fost printre primii iniţiatori ai Societăţii de Medicină Paliativă, societate care are ca scop înfiinţarea sub-specialităţii de Medicină Paliativă în ţară. Am fost pe rând membru în directorat, apoi secretar şi în ultimii şase ani preşedinta Societăţii. În acest timp am organizat congrese naţionale, două mari congrese internaţionale (2000 şi 2008), am scris împreună cu ceilalţi membri Standardele de Medicină Paliativă, am scos o revistă în domeniu şi am construit site-ul Societăţii. Ca şi societate suntem afiliaţi Sindicatului Medicilor din Israel şi suntem membri ai Asociaţiei Europene de Îngrijiri Paliative. În 2007 şi 2011 am participat la alegerile pentru directoratul EAPC, a cărui membră sunt şi astăzi.

Care sunt proiectele pe care le aveţi?

În primul rând să văd rezolvată problema sub-specialităţii. Să predau la cât mai mulţi studenţi arta de a ceda în faţa imposibilului şi de a învăţa să te rezumi la tratamentul suferinţei. Şi, de ce nu, să devin Profesor în Medicină Paliativă. Mi-aş dori mult să predau în România, să transmit studenţilor români tot ce am acumulat, cu atâta greutate, în decursul celor peste 22 de ani.

Şi mi-am mai propus să ajut la pregătirea de echipe paliative în ţara mea natală.

Cum se vede România din Israel? Dar sistemul de sănătate?

Diferenţele sunt mari. În primul rând, organizarea este diferită. Aici, în Israel, cu toate problemele care sunt, există o organizare clară, un mod de plată al serviciilor clar şi o traiectorie clară a bolnavilor. Casele de asigurări de sănătate lucrează cu toate spitalele din ţară şi legea bolnavului îţi dă dreptul să te îngrijeşti la care casă vrei şi mai ales la care spital vrei. În cadrul casei de sănătate, îţi poţi alege singur medicul la care vrei să fii în evidenţă sau îngrijit.

În România, după câte am fost capabilă să înţeleg, sectorul de sănătate este foarte încâlcit, casa de sănătate nefiind capabilă să accorde tot sprijinul necesar unui bolnav. În plus, spitalele au probleme mari de organizare şi păstrează parte din modul de funcţionare din perioada comunistă.

Cum vedeţi dvs. personal măsurile luate în domeniul sănătăţii din România? Descentralizarea, informatizarea, casele de asigurări private şi spitalele - fundaţii din noua lege a sănătăţii?

Cred că până la urmă asta va rezolva în mare parte problema sănătăţii în România. Întradevăr, descentralizarea şi crearea de case de sănătate private, cu concurenţa pe care o vor atrage, vor duce la o mai bună organizare a serviciilor.

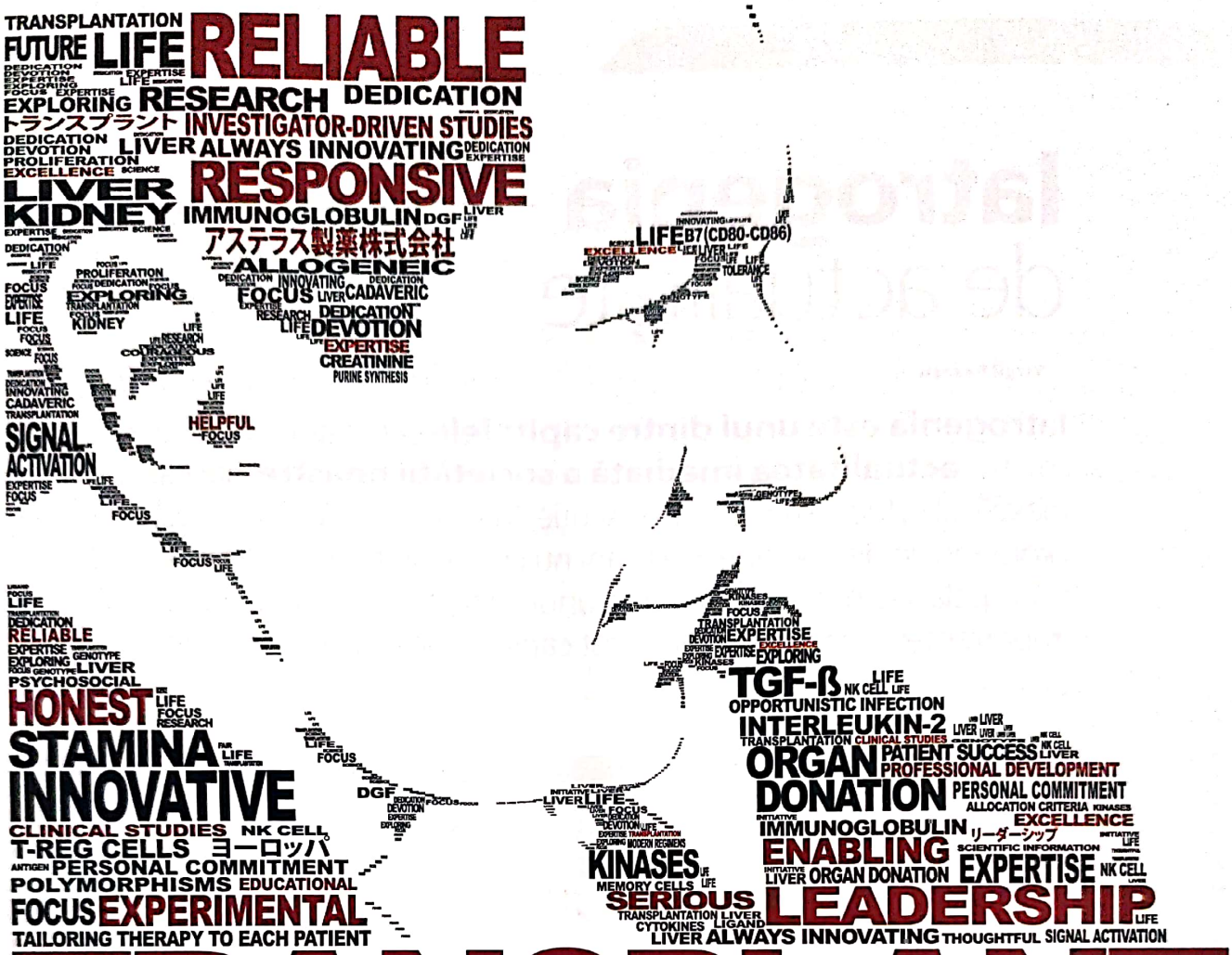
Sunteţi preşedintele Societăţii israeliene de medicină paliativă, cum apreciaţi stadiul acestui domeniu în România şi ce ar fi de făcut pentru a îmbunătăţi lucrurile?

După părerea mea medicina paliativă nu a atins adevăratul nivel care i se cuvine, nici în Israel, nici în România. Deşi se vorbeşte mult despre serviciile paliative, cu adevărat acestea există în adevăratul lor format în două locuri: la Braşov, la Casa Speranţei, şi în Bucureşti, într-un hospice privat din Comuna Voluntari. Am fost în ultimele zile ale mamei mele în România şi am fost zguduită de lipsa totală de interes faţă de bolnavul care moare. Cred că în România de astăzi serviciile paliative cer o mai multă atenţie, deoarece bolnavii de care vorbim sunt cei mai mari consumatori de servicii scumpe, de analize care de cele mai multe ori nu sunt neapărat necesare, de apeluri la Camera de gardă a spitalelor şi de internări nejustificate în secţii ale căror paturi trebuiesc dedicate celor ce pot fi salvaţi şi reintegraţi în viaţa de zi de zi. Un bolnav îngrijit bine acasă sau admis într-un Hospice poate face o economie serioasă, nemaivorbind de faptul că suferinţa îi poate fi evitată în modul cel mai uman posibil.

Ce colaborări aveţi cu România, cum credeţi că se pot acestea dezvolta?

Din ultimii doi ani mă aflu în legătură cu Societatea pentru Prevenţia Cancerului, care s-a străduit în a găsi soluţii pentru crearea unui Hospice în Bucureşti şi a unei echipe la domiciliu, care să îngrijească bolnavii în propria lor casă. Cunosc bine şi admir Hospice-ul din Comuna Voluntari, fiind în legătură cu dr. Andreea Băndoiu. Şi cunosc bine Casa Speranţei, precum şi eforturile făcute de a promulga filosofia medicinii paliative. <<<

Scanned with OKEN Scanner



TRANSPLANT

În dumneavoastră, vedem viitorul terapiei de transplant

Viitorul în terapia de transplant a fost mereu alimentat de eforturile individuale şi de experienţa colectivă.

Astellas Transplant caută întotdeauna să îşi perfecţioneze cunoştinţele despre transplant.

Noi mereu privim înainte provocările care ni se arată şi ne străduim să lucrăm într-un parteneriat cu dumneavoastră pentru a contribui la viitorul transplantului.

Ţelul nostru este de a vă sprijinii să îmbunătăţiţi calitatea vieţii pacienţilor dumneavoastră - astăzi şi mâine.

Fie că este vorba despre piatra de temelie a tratamentelor noastre, compuşii inovatori aflaţi în dezvoltare, sau suportul nostru continuu pentru activitatea de transplant, studiile clinice, noi suntem într-o permanentă căutare să răspundem şi să anticipăm nevoile dumneavoastră şi ale pacienţilor dumneavoastră.

Împreună, putem contribui la viitorul transplantului.

astellas | TRANSPLANT

PROGRES ÎN TRANSPLANT - ÎMPREUNĂ

Scanned with OKEN Scanner

Iatrogenia – o problemă de actualitate

dr. **Virgil Răzeşu**, membru fondator şi titular al Academiei Oamenilor de Ştiinţă, membru corespondent al Academiei de Medicină

Iatrogenia este unul dintre capitolele care pătrund din ce în ce mai mult în **actualitatea imediată a societăţii noastre**, dar care este, inexplicabil, foarte rar adus în discuţie. Mărturisesc că în decursul unei vieţi profesionale de aproape 50 de ani nu am întâlnit-o niciodată ca temă principală sau măcar colaterală a unui congres sau a unei reuniuni mai importante, ceea ce face din acest capitol o adevărată cenuşăreasă a profesiei medicale. >>>

Scanned with OKEN Scanner

E drept să spun că una dintre Reuniunile Chirurgilor din Moldova de la Piatra Neamț, de dinainte de Revoluție, a avut ca temă un important capitol de iatrogenie: *Complicațiile Chirurgiei Digestive*. Era o modalitate de a pătrunde într-un domeniu aproape „tabu", întrucât era interzis să vorbim despre altceva decât despre succese și realizări, și în nici un caz de necazuri, complicații și câte altele. A fost o sesiune extrem de animată și disputată și au existat destui profesioniști de marcă, având o bogată experiență, care erau departe de înțelegerea corectă a conceptului de iatrogenie, apelând la sentințe nefirești, dacă nu extremiste sau neconforme cu realitatea.

Din punct de vedere semantic, termenul de IATROGENIE nu este corect întrutotul, fiindcă sensul strict (*iatros* = medic și *genie* = generatoare, producătoare) ar însemna că este vorba de generare de medici. Mult mai adecvată ar fi denumirea de *Iatropatie* sau *Patoiatrie*, care definesc **o stare patologică indusă de medic sau de mijloacele pe care acesta le pune în operă** pentru atingerea scopurilor sale, respectiv terapia diverselor boli. Dar puterea de circulație a unor termeni, chiar incorecți, este deosebită, și numai cu multă insistență și destule dificultăți pot fi înlocuiți.

În 2002, exprimându-se despre iatrogenie, profesorul Bernard Devulder, Șeful Catedrei de Medicină Internă a Universității din Lille, scria: „Iatrogenia este inerentă practicii medicale. Și este la fel de inacceptabil s-o negăm sau să-i ignorăm importanța, ca și de a-i diaboliza pe doctori". Recunosc că-mi place termenul de „diabolizare", dar ceea ce trebuie să reținem este că iatrogenia face parte integrantă din actul medical, este o fațetă a acestuia indiferent de natura lui, dar că, atâta vreme cât medicul acționează conform principiilor acceptate și nivelului atins de medicină de care dispunem, medicul nu trebuie timorat de riscul iatrogeniei, astfel încât să nu mai știe cum să-și îndeplinească sarcinile. Dimpotrivă, această realitate ne obligă la cunoașterea, mereu mai corectă și mai profundă, a tuturor aspectelor de iatrogenie, astfel încât specialistul, în deplină cunoștință de cauză, să poată exclude sau, cel puțin, să-i minimalizeze la maxim incidența și implicațiile.

Iatrogenia este la fel de veche ca și medicina însăși, și primul act cu conotație medicală, conștient sau nu, a conținut în esența lui și germenul iatrogeniei. Istoria medicinii este plină de o adevărată anecdotică referitoare la rezultatele ei, și chiar de pedepsele aplicate pentru nereușitele celor care îndrăzneau să abordeze practica medicală. Cine nu a auzit despre pedepsele aplicate primilor medici care eșuau în tratamentele lor – bătaia, spânzurătoarea, pierderea unei mâini sau alte pedepse degradante, direct proporționale cu poziția sau rangul bolnavului?! Cu toate acestea, chiar umbrită de această permanentă însoțitoare, iatrogenia, medicina a progresat până la nivelul actual.

Pentru a pătrunde mai adânc sensurile și nuanțele iatrogeniei, am căutat cât mai multe definiții ale acesteia. Amintim numai câteva: *„o stare psihică reactivă determinată de tratamentele medicale sau de condițiile de spitalizare"*, *„spaima sau reținerea față de medic"*, *„o stare generată de atitudinea greșită a medicilor și a personalului sanitar"*, *„o stare determinată de boală, dar agravată psihogen de către medic"*. Dacă în definițiile mai vechi iatrogenia se referea, cu precădere, la aspectele de ordin psihic sau psihologic induse de prezența medicului, a mediului creat de boală sau de actul medical, în prezent iatrogenia se referă, mai ales, la suferințele cu substrat organic, somatic, fie că sunt determinate de mijloacele pe care medicul le pune în operă pentru tratament, fie direct de către acțiunile acestuia, ca în cazul specialităților chirurgicale.

Manifestările de iatrogenie sunt extrem de variate, și pot merge de la simple tulburări funcționale care se estompează odată cu trecerea timpului și pot dispărea, trecând prin stări patologice reale, care pot reclama chiar intervenții chirurgicale corectoare, la rândul lor generatoare de iatrogenie, până la pierderea bolnavului care, oricât am fi de acoperiți de consimțăminte, este o nenorocire adevărată pentru toți cei implicați.

La urma urmei însă, putem afirma că, de fapt, întreaga medicină nu este altceva decât o **iatrogenie intențională și voluntară**, de diverse grade, acceptată atât de pacient, cât și de medic, pentru simplul motiv că de alte posibilități de a acționa împotriva bolilor nu dispunem. Și, din acest punct de vedere, s-ar putea ca cineva să ceară ca Universitățile de Medicină și Farmacie să fie denumite Universități de Iatrogenie Medico-Farmaceutică. Și ar fi foarte greu de combătut!

Neîndoielnic că nici un mijloc terapeutic nu este perfect și lipsit de aspecte de iatrogenie adevărată, pasageră sau definitivă. De cele mai multe ori, actele terapeutice de care dispunem și care fac parte din panoplia de modalități terapeutice nu fac altceva decât să înlocuiască o stare de boală mai severă cu o alta mai puțin gravă, dar care – de data aceasta – poartă pecetea iatrogeniei, pentru că este recomandată, impusă sau realizată de către medic. Este suficient să arătăm că un bolnav cu arterită și gangrenă a unui membru inferior, care suferă o amputație fără de care și-ar pierde viața, schimbă o patologie severă cu una mai puțin gravă, dar reală. Patologia gangrenoasă a fost înlocuită cu disfuncționalitățile unui membru inferior amputat, care va cere terapie de recuperare, protezare șamd. La fel în cazul unui bolnav care a suferit o rezecție gastrică pentru un ulcer sau un cancer, care rămâne să continue restul vieții cu un handicap al unuia dintre organele esențiale ale digestiei. Este adevărat că marea majoritate a bolnavilor se adaptează noii situații, dar există și bolnavi care suferă întreaga viață sau reclamă reintervenții corectoare ori tratamente medicale neîntrerupte. Chiar dacă admitem că știința chirurgiei moderne a trecut de la caracterul său distructiv la cel funcțional sau la chirurgia de transplant, iatrogenia rămâne.

Dacă împingem exercițiul mai departe, trebuie să acceptăm că întreaga farmacopee, parteneră indiscutabilă în procesul terapeutic, cu cele peste 300.000 de preparate medicamentoase înregistrate, este principala generatoare de iatrogenie. Iatrogenia medicamentoasă este binecunoscută, este menționată în fiecare prospect și nimeni nu poate face abstracție de ea. Bolnavul însuși este pus în situația de a alege: face tratamentul, dar trebuie să accepte și riscurile unor efecte secundare, sau se plasează în afara terapeuticii. Cu toate acestea, preparatele medicamentoase continuă a fi utilizate pentru acțiunile lor benefice, de care nu ne putem lipsi. Cine nu cunoaște efectele secundare pasagere sau pe termen lung ale principalelor linii de medicamente de care nu ne putem lipsi, fie că este vorba de antibiotice, corticoizi, tranchilizante, hormoni, antidepresive, somnifere, analgetice șamd?! Fiecare dintre ele au efecte benefice, dar și efecte secundare, mai ales pentru tratamentele de lungă durată.

Efectele iatrogenice, determinate de tratamentul medicamentos, dispar odată cu întreruperea administrării, după ce aceasta și-a făcut efectul. Dar acest lucru nu este valabil pentru tratamentele cronice. Este la fel de adevărat că lumea farmaceutică a determinat crearea acelei ramuri surori, *farmacovigilența*, care studiază, adună și prelucrează efectele iatrogeniei medicamentoase tocmai pentru a pune în circulație preparate cu efecte secundare cât mai reduse. Dar ***farmacovigilența*** nu poate rezolva toate aspectele cu caracter iatrogenic, date fiind infinitatea de răspunsuri la terapia medicamentoasă a fiecărui pacient.

Dacă transpunem problematica în sfera chirurgiei, lucrurile iau o altă întorsătură și *patoiatria* este la ea acasă. Și nimeni nu ne poate contrazice că orice intervenție chirurgicală, oricât ar fi de funcțională, nu este de fapt un gest făcut împotriva alcătuirilor naturii! Că este vorba de o gastro-enteroanastomoză, o histerectomie, o amputație de rect sau de gambă, ele nu reprezintă

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

decât o altă patologie, înlocuitoare, determinată de către chirurgul care s-a pregătit ani și ani de zile pentru aceasta. Repet, este o patoiatrie intenționlală și voluntară, propusă de medic și acceptată de pacient, care poate avea efecte benefice sau chiar salvatoare pentru el, chiar dacă nu reprezintă decât soluții inevitabile. Sigur că, în toată această iatrogenie, realizată cu bună știință și cu acordul pacientului, ca soluție unică, intră în horă marele aliat al chirurgului care nu este altul decât marea putere de adaptare funcțională la noua situație sau, în lipsa acesteia, acceptul unui grad mai mic sau mai mare de mutilare sau infirmitate.

Chiar dacă aspectele de iatrogenie interesează toate specialitățile medicale, pentru că folosirea oricărui medicament sau procedură medicală poate avea efecte nedorite, opinia publică face pentru chirurgi o excepție. Dacă pentru alți specialiști bolnavii vorbesc de lipsă de pricepere sau de proastă pregătire, pentru mânuitorii de bisturiu realitatea devine una singură și sentința este conturată: „*Operația a fost greșită!*". Iar pentru cei care au efectuat-o eticheta este la fel de clară: „*măcelari*" sau, și mai frecvent, „*criminali*". Și asta pentru că, de fapt, orice gest chirurgical conține în țesătura lui o pronunțată nuanță de agresivitate și, odată actul chirurgical efectuat, nu se mai poate reveni la situația inițială și se recurge la alte soluții care închid cercul vicios.

Iatrogenia, pe locul trei în lume după bolile cardiovasculare și cele oncologice

Studii de luat în seamă plasează patologia iatrogenă pe locul trei ca frecvență în lume, după bolile cardio-vasculare și cele oncologice, un loc deloc de invidiat. La fel de interesant este că sistemele de codificare a bolilor sau cauzelor de deces aflate în circulație nu codifică în nici un fel iatrogenia și cauzele de iatrogenie, toate fiind menționate la afecțiunile respective, fără specificarea iatrogeniei. Este probabil o reținere deliberată, tocmai pentru a evita deschiderea unei Cutii a Pandorei și determinarea unei stări de discordie fără de sfârșit. Astfel încât, în cele din urmă, societățile de asigurări și avocații trăiesc destul de bine din rezolvarea situațiilor de iatrogenie hotărâte de instanțele judiciare.

Dacă ne referim la impactul economic și la costurile determinate de iatrogenie asupra societății, acesta este imens, fiind determinat de costurile spitalizărilor repetate și ale incapacității de muncă, ale invalidităților, ale necesităților de tratamente corectoare, protezărilor șamd. În fapt, studii complexe referitoare la aceste realități lipsesc, dar costul lor este, fără îndoială, imens.

Ceea ce nu se poate nega este că această patoiatrie este o realitate și că pentru serviciile de chirurgie este un subiect la ordinea zilei, veșnic generator de discuții sau chiar de conflicte și stări de tensiune, de care nici pacienții și nici chirurgii nu pot face abstracție. Precizăm că nu ne oprim asupra acelor cazuri în care este vorba de lipsă de calificare, de depășire a competențelor sau chiar a lipsei de capacitate de apreciere a propriilor valențe profesionale – din păcate, nu foarte rare – generatoare de iatrogenie certă și justificată, ci încercăm să evidențiem cauzele iatrogeniei reale, adevărate și cum se ajunge la ea.

Credem că nu este lipsit de interes să vedem cum pot fi categorisite diferitele elemente de iatropatie, încercând să definim noțiunile pe care le putem invoca, nu neapărat pentru justificarea lor.

Considerăm că principalii actori ai iatrogeniei sunt **eroarea, greșeala** și **abuzul**. Deși, în mare, ele sunt surori gemene – pentru că efectele lor sunt superpozabile, dacă nu identice – există unele nuanțe care le diferențiază. În același timp, nu putem face abstracție de marele regizor care este reprezentat de **condițiile** de desfășurare a actului terapeutic. Din nefericire, aceste condiții – nu întotdeauna cele mai adecvate, cel puțin pentru noi – creează premisele iatrogeniei.

Eroarea

Eroarea este, de fapt, o lipsă de concordanță între propriile noastre percepții și realitatea obiectivă, verificată ori confirmată de practică. Nimic mai corect și mai adevărat! Erorile medicale sunt posibile pentru că și medicul ia contact cu realitatea prin propriile sale percepții – aflate sub imperiul simțurilor care au unele limite și imperfecțiuni – ca și prin capacitatea de interpretare a noțiunilor cu care operăm zilnic și care ne pot înșela. Spunea profesorul Juvara, nu fără dreptate, că aparatele nu greșesc niciodată. Rezultatele lor sunt corecte, ele răspund așa cum au fost planificate și concepute să ni le ofere. Noi suntem cei care interpretăm datele oferite de acele aparate și putem greși. Simțurile noastre ne pot juca diferite feste chiar în situațiile în care folosim diferite instrumente tocmai pentru a crește performanțele simțurilor. De aceea, este foarte important ca întreaga noastră activitate să se desfășoare în echipă, care să acționeze ca o echipă, fără a se supune, orbește, conducătorului acesteia. Este important ca dreptul la cuvânt al tuturor componenților echipei să fie egal și respectat, să se poată exprima în deplină libertate și nu să accepte tot ce li se oferă de-a gata, fără nici un fel de contribuție personală. Conducătorului echipei îi revine sarcina, deloc simplă sau ușoară, de a dirija opiniile tuturor membrilor săi și de a alege cele mai adecvate soluții. Degeaba există o echipă care

este dominată de personalitatea reală şi incontestabilă a conducătorului, atâta vreme cât personalitatea celorlalţi nu se exprimă în nici un fel.

De aceea, legiuitorul a hotărât ca orice intervenţie chirurgicală să se desfăşoare numai şi numai în echipă. Îmi pare rău că dau exemplu tocmai cazul colegului Ciomu, dar personal cred că el s-a aflat într-un moment de siderare a capacităţilor sale intelectuale, şi tocmai lipsa unui ajutor adecvat şi calificat care să preia conducerea operaţiei a dus la catastrofa binecunoscută.

Greşeala

Greşeala este cea mai generatoare de iatrogenie. Ea nu aparţine numai medicinei, ci tuturor domeniilor de activitate. Greşelile sunt generate de abaterea (conştientă sau involuntară) de la normele deja stabilite, de la adevărurile cunoscute, de la ce este real, drept, normal şi acceptat, ceea ce atrage după sine un rău sau o neplăcere. Desigur că în cazul nostru este vorba de abaterile de la principiile conturate de experienţa practică a noastră sau a altora. Din acest punct de vedere, educaţia generală şi, mai ales, educaţia ţintită, de specialitate, educaţia chirurgicală şi medicală trebuie în permanenţă realizată tocmai pentru a greşi mai puţin. Şi, ca un corolar obligatoriu, este necesitatea de a ne analiza şi de a ne judeca propriile noastre greşeli. Şi nu spun o noutate când afirm că marii noştri chirurgi puneau în discuţie greşelile lor şi ale echipelor lor, din care aveai ce învăţa.

Poate că de aici, din dorinţa de a evita cât mai multe dintre greşelile posibile, a izvorât necesitatea de a contura, a redacta şi a pune la dispoziţia practicianului tuturor specialităţilor nişte ghiduri precise. Alături de pregătirea profesională temeinică, aceste ghiduri terapeutice, fără a reprezenta panaceul universal pentru reducerea iatrogeniei, pot contribui foarte mult la reducerea greşelilor. Din păcate, discutăm de vreo 20 de ani despre aceste ghiduri, dar am făcut nepermis de puţin în elaborarea lor.

Abuzul

Abuzul este şi el un factor important de iatrogenie. Reprezintă exagerarea unor acţiuni binecunoscute, dar neadecvate pentru situaţia dată, dar, în acelaşi timp, poate însemna abordarea unui domeniu pentru care nu avem pregătirea necesară, ceea ce înseamnă încălcarea şi depăşirea propriilor capacităţi şi limite.

Din acest punct de vedere, din perioada de glorie a rezecţiilor gastrice pentru ulcer îl evoc pe marele chirurg Benone Georgescu de la Târgovişte, care a publicat un studiu extraordinar, dedicat *Gastrectomiilor abuzive*. El dădea exemplul unui chirurg dintr-un spital fără condiţii minime de confort, care avea o cazuistică impresionantă de gastrectomii. Sigur că era un abuz de indicaţii, dar mai ales pentru că nu stăpânea tehnica operaţiei respective, ceea ce antrena o iatrogenie reală şi impresionantă.

Sigur că orice intervenţie rămâne inoperantă şi fără obiect dacă nu intervenim cu soluţiile posibile. Piatra de încercare este educaţia şi numai educaţia, care nu trebuie să înceteze niciodată şi trebuie să fie urmată de măsuri. Nu punitive, ci corectoare.

Atenţia noastră trebuie să fie în permanenţă trează pentru a evita situaţiile cu potenţial iatrogen, pentru a fi capabili să evaluăm cât mai corect riscurile cazurilor cu care ne confruntăm şi pentru a avertiza bolnavul şi pe aparţinătorii acestuia. Nu cred că simpla semnătură de acceptare a unei intervenţii ne poate scuti de orice necaz. Chiar dacă nu vom avea necazuri sau dacă societatea de asigurări va plăti daunele în locul nostru, conştiinţa eşecurilor noastre nu ne va lăsa să dormim în linişte.

Concluzii

Nu trebuie să dramatizăm lucrurile, dar trebuie să recunoaştem că în circuitul pe care un bolnav îl urmează între uşa de intrare şi cea de ieşire a unei unităţi medicale există puzderie de verigi generatoare dacă nu de iatrogenie directă, cel puţin de condiţii care să amorseze o iatrogenie imprevizibilă, care poate deveni din potenţială, una efectivă, reală.

Toate aceste cauze, condiţii şi efecte trebuie cunoscute, inventariate şi soluţionate, pentru a fi reduse, dacă nu chiar eliminate. Când nu avem întrunite condiţiile optime pentru un act medical corect, cu risc cât mai mic de iatrogenie, este mai indicat să nu abandonăm de la principiile profesionale şi să realizăm numai ce este posibil în condiţii de siguranţă pentru bolnav şi cât mai departe de iatrogenie, în condiţiile în care tehnologizarea constantă a medicinii şi a chirurgiei creşte riscul de iatrogenie.

Soluţiile nu pot veni decât din activitatea în echipă (o echipă poate greşi mai puţin decât un singur specialist), din educaţie şi cultură (generală şi de specialitate), şi dintr-un profesionalism fără greş.

Concluziile se conturează de la sine:

1. Iatrogenia medicală şi chirurgicală (deliberată sau circumstanţială) este o realitate incontestabilă, de care nu putem face abstracţie.
2. Iatrogenia trebuie cunoscută şi învăţată, la fel ca tehnicile şi modalităţile terapeutice pe care le folosim zi de zi.
3. Să nu ne uităm niciodată aliaţii: cerul, cultura de specialitate şi, mai ales, natura umană, cu marea ei capacitate de adaptare funcţională. <<<

Scanned with OKEN Scanner

NOU **DUODART®**
(dutasteridă/tamsulosin HCl) Capsule
Descoperiți diferența

Un pas înainte în managementul HBP

gsk GlaxoSmithKline

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Iniţiaţi terapia cu Duodart la pacienţii cu simptome moderate supărătoare de HBP...

Duodart asigură:

- Îmbunătăţirea simptomelor şi a calităţii vieţii† superioară faţă de fiecare component în monoterapie*[1,3]
- Ameliorare simptomatică la fel de rapidă ca şi în cazul tamsulosin, cu o diferenţă în favoarea Duodart care creşte progresiv din luna a 9-a până în luna 48[1,2]
- Reducere de 66% a riscului relativ de RAU sau de necesitate a intervenţiei chirurgicale pentru HBP vs tamsulosin la 4 ani[1]

o capsulă, o dată pe zi

Duodart este o capsulă dură care conţine o combinaţie în doză fixă de 0,5 mg dutasteridă şi 0,4 mg tamsulosin HCl. Duodart se administrează oral la aproximativ 30 de minute după aceeaşi masă, în fiecare zi.

DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI: Duodart 0,5 mg/0,4 mg capsule
COMPOZIŢIA CALITATIVĂ ŞI CANTITATIVĂ: Fiecare capsulă – dutasteridă 0,5 mg şi clorhidrat de tamsulosin 0,4 mg **Indicaţii terapeutice:** Tratamentul simptomelor moderate până la severe ale hiperplaziei benigne de prostată (HBP).Reducerea riscului de retenţie urinară acută (RUA) şi a necesităţii intervenţiilor chirurgicale la pacienţii cu simptome moderate până la severe de HBP. **Doze şi mod de administrare:** Adulţi (incluzând vârstnici): doza recomandată este o capsulă (0,5 mg/0,4 mg) administrată oral, cu aproximativ 30 de minute după aceeaşi masă, în fiecare zi. Capsulele trebuie înghiţite întregi şi nu trebuie mestecate sau deschise. Contactul cu conţinutul capsulei de dutasteridă din interiorul capsulei cu înveliş tare poate determina iritaţie a mucoasei orofaringiene. Acolo unde este indicat, pentru a simplifica tratamentul,poate fi utilizat pentru a înlocui administrarea asociată de dutasteridă şi clorhidrat de tamsulosin din cadrul schemei de biterapie actuale. Acolo unde este indicat din punct de vedere clinic, se poate lua în considerare schimbarea directă de la monoterapia cu dutasteridă sau clorhidrat de tamsulosin la Duodart. Insuficienţa renală: nu a fost studiat efectul insuficienţei renale asupra farmacocineticii combinaţiei dutasteridă–tamsulosin. La pacienţii cu insuficienţă renală, nu se preconizează ajustarea dozelor Insuficienţa hepatică:Nu a fost studiat efectul insuficienţei hepatice asupra farmacocineticii combinaţiei dutasteridă–tamsulosin, de aceea este necesară precauţie în cazul administrării la pacienţi cu insuficienţă hepatică uşoară până la moderată. La pacienţii cu insuficienţă hepatică severă, utilizarea este contraindicată. **Contraindicaţii:** femei, copii, adolescenţi, pacienţi cu hipersensibilitate la dutasteridă, alţi inhibitori ai 5-alfa reductazei, tamsulosin (incluzând angioedem indus de tamsulosin) sau la oricare dintre excipienţi, pacienţi cu antecedente de hipotensiune arterială ortostatică şi pacienţi cu insuficienţă hepatică severă. **Atenţionări şi precauţii speciale pentru utilizare:** trebuie recomandat după o evaluare atentă a raportului beneficiu/risc şi după ce au fost luate în considerare opţiunile alternative de tratament, incluzând monoterapia cu fiecare componentă în parte.Incidenţa insuficienţei cardiace (un termen generic al cazurilor raportate, în primul rând insuficienţă cardiacă şi insuficienţă cardiacă congestivă) a fost mai mare în cazul pacienţilor cărora li s-a administrat dutasteridă în asociere cu un alfa-blocant tamsulosin, comparativ cu pacienţii cărora nu li s-a administrat această asociere. Nu a fost stabilită nicio relaţie cauzală între dutasteridă (administrată în monoterapie sau în asociere cu un alfa-blocant) şi insuficienţa cardiacă. La pacienţi cu HBP, tuşeul rectal, precum şi alte investigaţii pentru cancerul de prostată sau alte afecţiuni care pot determina aceleaşi simptome ca şi HBP, trebuie efectuate înainte de începerea tratamentului cu Duodart şi periodic după aceea.Concentraţia plasmatică a antigenului prostatic specific (PSA) reprezintă o componentă importantă în cadrul screening-ului pentru depistarea cancerului de prostată. În general, o concentraţie plasmatică totală a PSA mai mare de 4 ng/ml (Hybritech) necesită o evaluare ulterioară şi luarea în considerare a biopsiei de prostată. Medicii trebuie să fie avertizaţi că o valoare iniţială a PSA mai mică de 4 ng/ml la pacienţii la care se administrează Duodart nu exclude un diagnostic de cancer de prostată. Chiar în prezenţa cancerului de prostată, la pacienţii cu HBP, determină scăderea concentraţiei plasmatice a PSA cu aproximativ 50% după 6 luni de utilizare. Deşi pot să existe variaţii individuale, scăderea PSA cu aproximativ 50% este predictibilă, aşa cum s-a observat în cadrul întregului interval de valori iniţiale ale PSA (1,5 până la 10 ng/ml). Astfel, pentru a interpreta o valoare izolată a PSA la un bărbat tratat cu Duodart timp de şase luni sau mai mult, valorile PSA trebuie să fie dublate pentru a le compara cu valorile normale obţinute la bărbaţii la care nu se administrează tratamentul. Această ajustare păstrează sensibilitatea şi specificitatea testului PSA şi îi menţine capacitatea de a depista cancerul de prostată. În timpul tratamentului, trebuie evaluată atent orice creştere susţinută a concentraţiilor plasmatice ale PSA, având în vedere inclusiv lipsa complianţei la tratament. Concentraţiile plasmatice totale ale PSA revin la valoarea iniţială în decurs de 6 luni de la întreruperea tratamentului. Raportul PSA liber/PSA total rămâne constant.La bărbaţii la care se administrează Duodart, dacă medicii aleg evaluarea fracţiei libere a PSA în cadrul screening-ului de depistare a cancerului de prostată, nu pare să fie necesară ajustarea valorilor acestuia. Tratamentul pacienţilor cu insuficienţă renală severă (clearance al creatininei mai mic de 10 ml/min) trebuie abordat cu prudenţă, deoarece nu s-au efectuat studii la aceşti pacienţi.Ca şi în cazul altor alfa-blocante, poate apărea o reducere a tensiunii arteriale pe parcursul tratamentului cu tamsulosin, care rareori poate să ducă la apariţia sincopei. Pacienţii care încep tratamentul cu Duodart trebuie sfătuiţi să se aşeze sau să se întindă la primele semne ale hipotensiunii arteriale ortostatice (ameţeli, slăbiciune), până când simptomele se remit.Sindromul de Iris Flasc intraoperator (IFIS, o variantă de sindrom cu micşorare a pupilei) a fost observat în timpul intervenţiei chirurgicale pentru cataractă în cazul unor pacienţi trataţi anterior cu tamsulosin sau care utilizează tratament cu tamsulosin. IFIS poate determina creşterea complicaţiilor procedurale în timpul intervenţiei. Drept urmare, iniţierea tratamentului cu Duodart la pacienţii programaţi pentru o intervenţie chirurgicală pentru cataractă nu este recomandată.În timpul evaluării preoperatorii, chirurgii care operează cataracta şi echipele de oftalmologie trebuie să ia în considerare dacă pacienţilor programaţi pentru intervenţia chirurgicală pentru cataractă li s-a administrat sau utilizează tratament cu Duodart, pentru a se asigura că vor avea la îndemână toate măsurile necesare pentru abordarea terapeutică a unui posibil IFIS în timpul intervenţiei.Se consideră a fi utilă întreruperea tratamentului cu tamsulosin cu 1–2 săptămâni înainte de operaţia pentru cataractă, dar beneficiul şi durata întreruperii tratamentului înainte de intervenţia pentru cataractă nu au fost încă stabilite. Dutasterida se absoarbe cutanat, ca urmare femeile, copiii şi adolescenţii trebuie să evite contactul cu capsulele care prezintă scurgeri. Dacă se realizează contactul cu capsulele care prezintă scurgeri, zona de contact trebuie spălată imediat cu apă şi săpun. Se recomandă precauţie în cazul administrării Duodart la pacienţi cu insuficienţă hepatică uşoară până la moderată. Acest medicament conţine colorantul galben amurg (E 110), care poate provoca reacţii alergice. **Sarcina şi alăptarea:** Este contraindicată administrarea la femei. Nu există studii pentru determinarea efectului asupra sarcinii, alăptării şi fertilităţii. Următoarele afirmaţii reflectă informaţiile disponibile din studiile efectuate cu fiecare componentă în parte. Fertilitate :Există raportări care indică faptul că administrarea de dutasteridă afectează caracteristicile spermei (reducere a numărului de spermatozoizi, a volumului seminal şi motilităţii spermatozoizilor) la bărbaţii sănătoşi. Posibilitatea reducerii fertilităţii masculine nu poate fi exclusă.Efectele clorhidratului de tamsulosin asupra numărului de spermatozoizi sau a funcţiilor acestora nu au fost evaluate.Sarcină :Similar altor inhibitori ai 5-alfa reductazei, dutasterida inhibă conversia testosteronului în dihidrotestosteron şi, în cazul administrării la o gravidă cu făt de sex masculin, poate inhiba dezvoltarea organelor genitale externe ale acestuia. Cantităţi mici de dutasteridă au fost regăsite în sperma pacienţilor la care s-a administrat dutasteridă. Pe baza studiilor efectuate la animale, este improbabil ca un făt de sex masculin să fie afectat în cazul expunerii mamei la sperma unui pacient tratat cu dutasteridă (risc care este mai mare în timpul primelor 16 săptămâni de sarcină). Cu toate acestea, similar celorlalţi inhibitori ai 5-alfa reductazei, în cazul în care partenera pacientului este sau poate deveni gravidă, se recomandă ca pacientul să evite expunerea partenerei la spermă prin utilizarea unui prezervativ.Administrarea clorhidratului de tamsulosin la femeile gestante de jobolan şi la femeile gestante de iepure nu a demonstrat vreun efect nociv asupra fetusului. Alăptare:La om, nu se cunoaşte dacă dutasterida sau tamsulosinul se excretă în laptele matern. **Reacţii adverse:** Nu au fost efectuate studii clinice cu Duodart; cu toate acestea, a fost demonstrată bioechivalenţa Duodart cu dutasterida administrată concomitent cu tamsulosin. Datele prezentate la acest punct fac legătura între administrarea concomitentă a dutasteridei cu tamsulosin, o comparaţie între administrarea concomitentă a unei doze de dutasteridă 0,5 mg cu o doză de tamsulosin 0,4 mg o dată pe zi, timp de 4 ani, sau în monoterapie. De asemenea, sunt disponibile informaţiile asupra profilului de reacţiilor adverse pentru fiecare componentă în parte (dutasteridă şi tamsulosin). **ADMINISTRARE CONCOMITENTĂ DUTASTERIDĂ CU TAMSULOSIN–Studii clinice–** Incidenţa orcărui eveniment advers pe care investigatorul l-a considerat asociat medicamentului pe parcursul primului, respectiv celui de al doilea an de tratament, a fost de 22% şi de 5% pentru terapia cu combinaţia dutasteridă + tamsulosin, de 14% şi 5% pentru monoterapia cu dutasteridă şi de 13% şi 4% pentru monoterapia cu tamsulosin. Incidenţa mai mare a reacţiilor adverse în cadrul grupului cu terapie asociată în primul an de tratament sa fost determinată de incidenţa mai mare a tulburărilor la nivelul aparatului genital, în special tulburări de ejaculare. Următoarele evenimente adverse pe care investigatorul le-a considerat asociate medicamentului au fost raportate cu o incidenţă mai mare sau egală cu 1% în timpul primului an de tratament Tulburări ale aparatului genital şi sânului: impotenţă, modificarea (scăderea) libidoului, tulburări de ejaculare, tulburări la nivelul sânilor (includ mărire a sânilor şi/sau sensibilitate la nivelul sânilor) şi tulburări ale sistemului nervos: ameţeli. MONOTERAPIE CU DUTASTERIDA– Studii clinice– Evenimentele adverse pe care investigatorul le-a considerat asociate medicamentului după 1 an şi după 2 ani de tratament au fost similare ca tip şi ca frecvenţă cu cele observate în cadrul braţului cu monoterapie cu dutasteridă din studiul CombAT. Nu a fost evidenţiată nicio modificare a profilului evenimentelor adverse în următorii 2 ani, în cadrul extinderii acestor studii, sub formă de studii deschise. Date obţinute după punerea pe piaţă Evenimentele adverse rezultate din experienţa de după punerea pe piaţă a medicamentului provin din raportările spontane după punerea pe piaţă; prin urmare, incidenţa reală nu este cunoscută. Tulburări ale sistemului imunitar: reacţii alergice, incluzând erupţie cutanată tranzitorie, prurit, urticarie, edem localizat şi angioedem. MONOTERAPIE CU TAMSULOSIN Reacţiile adverse frecvente (≥ 1/100 şi <1/10) tulburări ale sistemului nervos: ameţeli şi mai puţin frecvente (≥ 1/1000 şi <1/100) tulburări cardiace: palpitaţii, tulburări gastro-intestinale: constipaţie,diaree, greaţă,vărsături, tulburări generale:astenie, tulburări ale sistemului nervos: cefalee, tulburări ale aparatului genital şi sânului: ejaculare anormală, tulburări respiratorii: rinită , afecţiuni cutanate şi ale ţesutului subcutanat: erupţie cutanată tranzitorie, prurit, urticarie şi tulburări vasculare sunt în concordanţă cu cele identificate în cadrul unui studiu clinic şi categoriile de frecvenţă reflectă, în general, incidenţa comparativ cu administrarea de placebo. În cursul supravegherii de după punerea pe piaţă, cazurile de Sindrom de Iris Flasc Intraoperator (IFIS), o variantă de sindrom cu pupilă mică, apărute în timpul intervenţiei chirurgicale pentru cataractă, au fost asociate cu terapia cu alfa-1 blocante, incluzând tamsulosin. **Precauţii speciale pentru păstrare:** a nu se păstra la temperaturi peste 30°C. **DEŢINĂTORUL AUTORIZAŢIEI DE PUNERE PE PIAŢĂ:** GlaxoSmithKline (GSK) SRL, Str. Costache Negri nr. 1-5, Opera Center 1, etaj III, Sector 5, Bucureşti, România. **DATA REVIZUIRII TEXTULUI :** mai 2010.Acest medicament se eliberează doar pe bază de prescripţie medicală.

www.gsk.ro; farmacovigilenta.romania@gsk.com; medical.ro@gsk.com

Referinţe:
1. Roehrborn CG et al. Eur Urol 2010; 57:123–31; 2. Roehrborn CG et al. J Urol 2008; 179:616–21; 3. Montorsi F, et al. Int J Clin Pract 2010;
† Măsurată printr-un BII; *începând cu luna 9

GlaxoSmithKline (GSK) SRL
Opera Center 1, Str. Costache Negri 1–5,
sector 5, Bucureşti,
telefon/fax: (021) 302 82 08/(021) 302 82 09
www.gsk.ro
farmacovigilenta.romania@gsk.com
medical.ro@gsk.com

001/10210/GSK

Dismorfologia - spre o terminologie standardizată

Dismorfismul cranian (I)

dr. **Marius Bembea,** dr. **Claudia Jurca,** dr. **Kinga Kozma,** dr. **Şerban Bembea,** Facultatea de Medicină şi Farmacie Oradea, Spitalul Clinic Municipal "dr. Gavril Curteanu", Oradea

Dismorfologia (termen introdus de către David Smith, în SUA, în anii 1960) este o subspecialitate medicală vizuală menită să identifice anomaliile de formă sau structură ale organismului. Bryan Hall, cunoscut dismorfologist american, afirma chiar că dismorfologia este o artă. >>>

Aşa cum pictorul, în faţa modelului său, sesizând trăsăturile, le abandonează uneori accentuând defectele, tot aşa dismorfologistul dobândeşte o competenţă vizuală care-i permite să identifice, să observe, să analizeze, să înregistreze şi să compare imaginile. Uneori el este în situaţia fericită de a recunoaşte imediat o anomalie sau un sindrom ca şi cum ar recunoaşte o persoană cunoscută. Dar cel mai adesea, chiar şi cel mai experimentat dismorfologist nu poate identifica un fenotip malformativ. El trebuie să recurgă de cele mai multe ori la cataloage descriptive, atlase fotografice şi – mai nou – la baze de date computerizate cum ar fi programul *POSSUM* (Australia) sau programul *OXFORD* (*London dysmorphology database and dysmorphology photo library*).

Definirea unei trăsături ca fiind dismorfică este posibilă, în cazul anomaliilor majore, prin simpla observaţie. Anomaliile dismorfice care sunt însă mai discrete nu pot fi definite prin simpla observaţie, ele necesitând confirmarea prin măsurători de somatometrie (sin.: morfometrie, antropometrie).

Dismorfologia cunoaşte în prezent o dezvoltare accelerată. Numărul sindroamelor dismorfice s-a triplat în ultimii 25 de ani. Sindroamele dismorfice în curs de identificare se publică în revistele de specialitate cu un ritm de două pe săptămână.

Termenii folosiţi de clinicieni pentru descrierea diferitelor părţi ale corpului s-au utilizat de-a lungul timpului deseori la întâmplare şi, de cele mai multe ori, fără coordonarea lor. Ultimul deceniu a fost marcat de o dinamică extraordinară a studiilor privind etiologia, patogenia, epidemiologia, morfogeneza, mutaţiile genice şi intervenţiile terapeutice. Pentru fundamentarea acestor studii, clinicienii şi cercetătorii recurg deseori la comparaţii între pacienţi sau între sindroame. De aceea este necesară standardizarea termenilor folosiţi în descrierea fenotipului uman astfel încât să se ajungă la o uniformizare a lor, acceptată internaţional. În acest scop sunt constituite grupuri internaţionale de studiu, special formate pentru a încerca să ordoneze acest domeniu aparent foarte stufos.

Principalele regiuni anatomice dismorfice sunt: craniul şi faciesul, maxila, mandibula şi obrazul, ochii şi regiunea peri-orbitală, nasul, gura şi regiunea peri-orală, urechile, gâtul, toracele, abdomenul (inclusiv regiunea anală), organele genitale externe, membrele, tegumentele, la care se adaugă tipul constituţional şi statura.

În lucrarea de faţă prezentăm selecţiuni din terminologia standard propusă pentru regiunea craniană, iar în ediţii viitoare vom aborda succesiv alte regiuni anatomice.

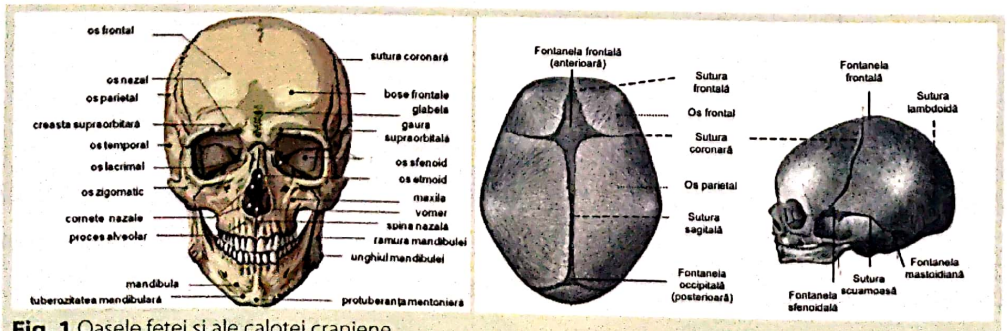


Fig. 1 Oasele feţei şi ale calotei craniene

Dismorfismul cranian

Configuraţia anatomică a extremităţii cefalice (cranio-faciesul) este în cea mai mare parte legată de conformaţia oaselor feţei şi a calotei craniene (Fig. 1).

Calota craniană este formată din două oase frontale, două oase parietale şi un os occipital. În perioada fetală, la naştere şi în primii ani de viaţă, aceste oase sunt despărţite între ele prin 5 suturi craniene majore: frontală (nepereche), coronară (pereche), sagitală (nepereche), lambdoidă (pereche) şi scuamoasă (pereche). Direcţia normală de creştere a oaselor craniene este perpendiculară pe aceste suturi.

Faciesul poate fi divizat în trei regiuni:

- Etajul superior sau fruntea este regiunea cuprinsă între sprâncene, marginea inferioară de inserţie a părului şi oasele temporale. Aici se disting creasta frontală supra-orbitală şi glabela (punctul cel mai proeminent al osului frontal situat median, deasupra rădăcinii nasului).
- Etajul mijlociu este regiunea cuprinsă între marginea inferioară

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 2 Macrocefalie

Fig. 3 Microcefalie

Fig. 4 Brahicefalie cu occiput aplatizat

Fig. 5 Dolicocefalie

Fig. 6 Turicefalie

Fig. 7 Oxicefalie

a orbitei și baza piramidei nazale, incluzând oasele malare și zigomatice, precum și obrajii.
- Etajul inferior este regiunea cuprinsă între gură și punctul cel mai inferior al bărbiei, fiind format din mandibulă și bărbie.

Dismorfismele craniene includ anomalii de mărime și anomalii de formă ale craniului.

Anomaliile de mărime ale craniului sunt macrocefalia și microcefalia.
Macrocefalia se definește, obiectiv, prin circumferința craniană peste percentila 97 pe nomograme cu standarde pentru vârstă și sex. Subiectiv, craniul este aparent mărit, disproporționat cu faciesul mai mic (Fig. 2). Termenul macrocefalie înlocuiește termenul de macrocranie.
Microcefalia se definește, obiectiv, prin circumferința craniană sub percentila 3 pe nomograme cu standarde pentru vârstă și sex. Subiectiv, craniul este aparent mic, disproporționat cu faciesul mai mare (Fig. 3). Termenul microcefalie înlocuiește termenul de microcranie.

Anomaliile de formă ale craniului constau în modificarea formei, obișnuit sferică. Poate fi evidențiată subiectiv, dar în cele mai multe cazuri este necesară confirmarea somatometrică prin măsurarea diametrelor craniene cu ajutorul compasului sau, cu mai multă precizie, radiologic, și apoi stabilirea unor proporții între ele.

- **Diametrul antero-posterior (D.A.P.)** corespunde distanței endocraniene maxime, între *nasion* (punctul median al suturii fronto-nazale) și *inion* (punctul situat la nivelul protuberanței occipitale interne);
- **Diametrul transversal sau biparietal (D.T.)** corespunde lățimii intra-craniene maxime;
- **Diametrul vertical (D.V.)** corespunde distanței dintre *vertex* și linia *nasion-inion*;
- **Indicele cefalic orizontal (I.C.O.)** se calculează după formula:

$$I.C.O. = \frac{\text{diametrul transversal}}{\text{diametrul anteroposterior}} \times 100$$

Interpretarea valorilor I.C.O.:
75 – 80 = *mezocefalie* (craniu normal)
< 75 = *dolicocefalie*
> 80 = *brahicefalie*

- **Indicele cefalic vertical (I.C.V.)** se calculează după formula:

$$I.C.V. = \frac{\text{diametrul cefalic vertical}}{\text{diametrul anteroposterior}} \times 100$$

Interpretarea valorilor I.C.V.:
58 – 63 = *orocefalie* (craniu normal)
< 58 = *platicefalie*
> 63 = *oxicefalie, turicefalie*

Modificările de formă ale cutiei craniene apar cel mai adesea prin craniosinostoze, afecțiuni caracterizate prin închiderea primitivă sau prematură a uneia sau a mai multor suturi craniene, ceea ce duce la anomalii de formă și de simetrie a cutiei craniene.
Cele mai comune anomalii de formă sunt brahicefalia, dolicocefalia, turicefalia, trigonocefalia, plagiocefalia, occiputul aplatizat, occiputul proeminent.

Brahicefalia se prezintă, subiectiv, ca o diminuare a diametrului antero-posterior comparativ cu cel transvers. Obiectiv, anomalia se confirmă prin indexul cefalic orizontal crescut peste 81%. Brahicefalia trebuie să se diferențieze de occiputul aplatizat, cu care însă poate să coexiste (Fig. 4).

Dolicocefalia se prezintă, subiectiv, ca o mărire a diametrului antero-posterior comparativ cu cel transvers (Fig. 5). Obiectiv, anomalia se confirmă prin indexul cefalic orizontal scăzut sub 75%. Dolicocefalia trebuie să se diferențieze de occiputul proeminent, cu care însă poate să coexiste. ***Scafocefalia*** este o formă particulară de dolicocefalie caracterizată prin reliefarea părții anterioare și posterioare ale craniului (sugerând, din profil, aspect de vapor).

Turicefalia („cap în formă de turn") se caracterizează prin capul înalt în comparație cu lățimea sau lungimea craniului (Fig. 6). Obiectiv, indicele cefalic vertical este mai mare de 63%. Termenii de ***acrocefalie*** și ***oxicefalie*** (Fig. 7) se folosesc pentru acele forme de turicefalie în care creștetul capului are o formă conică.
Trigonocefalia este anomalia craniană caracterizată prin forma triunghiulară a craniului cu vârful situat pe linia mediană a frunții, iar baza triunghiului la nivel occipital. Diagnosticul este exclusiv subiectiv, examinatorul privind capul pacientului de sus (dinspre creștet).

Fig. 8 Plagiocefalie

Fig. 9 Occiput proeminent

Plagiocefalia se recunoaște prin asimetria craniului ca urmare a aplatizării unilaterale a occiputului, uneori asociat cu proeminența frontală de aceeași parte; privit de sus, craniul are un aspect romboid (Fig. 8).
Occiputul aplatizat se manifestă ca o reducere a convexității occiputului. Aprecierea este subiectivă. Poate sau nu să fie asociat cu brahicefalia.
Occiputul proeminent se manifestă ca o creștere a convexității occiputului (Fig. 9). Aprecierea este subiectivă. Poate sau nu să fie asociat cu dolicocefalia. <<<

Bibliografie

1. Allanson JE, Cunniff C, Hoyme HE, McGaughran J, Muenke M, Neri G. 2009; *Elements morphology: Standard of terminology for the head and face*; Am J Med Genet Part A 149A:6–28.
2. Stevenson E. Roger, Hall G. Judith; *Human Malformation and Related Anomalies*; Oxford University Press; 2006
3. Muenke Maximilian, Kress Wolfram, Collman Hartmut, Solomon D. Benjamin; *Craniosynostosis: molecular genetics, principles of diagnosis, and treatment*; S. KargerAG; 2011
4. Hall G. Judith, Froster-Iskenius G. Ursula; Allanson E. Judith; *Handbook of Normal Phisical Measurements*; Oxford Medical Publications; 1995
5. Smiths; John M. Graham; *Recognizable Patterns of Human Deformation*, third edition; SAUNDERS ELSEVIER; 2007
6. Smiths; Kenneth Lyons Jones; *Recognizable Patterns of Human Malformation*; 5th Edition; W.B. SAUNDERS COMPANY; 1997
7. Arseni C., Horvath Lenke, Ciurea A.V.; *Afecțiunile neuro/chirurgicale ale sugarului și copilului mic (0-3 ani)*; Editura Medicală; București; 1979

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 2 Macrocefalie

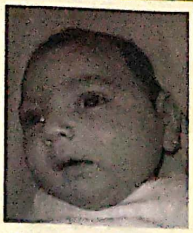


Fig. 3 Microcefalie

Fig. 4 Brahicefalie cu occiput aplatizat

Fig. 5 Dolicocefalie

Fig. 6 Turicefalie

Fig. 7 Oxicefalie

a orbitei şi baza piramidei nazale, incluzând oasele malare şi zigomatice, precum şi obrajii.

- Etajul inferior este regiunea cuprinsă între gură şi punctul cel mai inferior al bărbiei, fiind format din mandibulă şi bărbie.

Dismorfismele craniene includ anomalii de mărime şi anomalii de formă ale craniului.

Anomaliile de mărime ale craniului sunt macrocefalia şi microcefalia.

Macrocefalia se defineşte, obiectiv, prin circumferinţa craniană peste percentila 97 pe nomograme cu standarde pentru vârstă şi sex. Subiectiv, craniul este aparent mărit, disproporţionat cu faciesul mai mic (Fig. 2). Termenul macrocefalie înlocuieşte termenul de macrocranie.

Microcefalia se defineşte, obiectiv, prin circumferinţa craniană sub percentila 3 pe nomograme cu standarde pentru vârstă şi sex. Subiectiv, craniul este aparent mic, disproporţionat cu faciesul mai mare (Fig. 3). Termenul microcefalie înlocuieşte termenul de microcranie.

Anomaliile de formă ale craniului constau în modificarea formei, obişnuit sferică. Poate fi evidenţiată subiectiv, dar în cele mai multe cazuri este necesară confirmarea somatometrică prin măsurarea diametrelor craniene cu ajutorul compasului sau, cu mai multă precizie, radiologic, şi apoi stabilirea unor proporţii între ele.

- **Diametrul antero-posterior (D.A.P.)** corespunde distanţei endocraniene maxime, între *nasion* (punctul median al suturii fronto-nazale) şi *inion* (punctul situat la nivelul protuberanţei occipitale interne);
- **Diametrul transversal sau biparietal (D.T.)** corespunde lăţimii intra-craniene maxime;
- **Diametrul vertical (D.V.)** corespunde distanţei dintre *vertex* şi linia *nasion-inion*;
- **Indicele cefalic orizontal (I.C.O.)** se calculează după formula:

$$\text{I.C.O.} = \frac{\text{diametrul transversal}}{\text{diametrul anteroposterior}} \times 100$$

Interpretarea valorilor I.C.O.:

75 – 80 = *mezocefalie* (craniu normal)

< 75 = *dolicocefalie*

> 80 = *brahicefalie*

- **Indicele cefalic vertical (I.C.V.)** se calculează după formula:

$$\text{I.C.V.} = \frac{\text{diametrul cefalic vertical}}{\text{diametrul anteroposterior}} \times 100$$

Interpretarea valorilor I.C.V.:

58 – 63 = *orocefalie* (craniu normal)

< 58 = *platicefalie*

> 63 = *oxicefalie, turicefalie*

Modificările de formă ale cutiei craniene apar cel mai adesea prin craniosinostoze, afecţiuni caracterizate prin închiderea primitivă sau prematură a uneia sau a mai multor suturi craniene, ceea ce duce la anomalii de formă şi de simetrie a cutiei craniene.

Cele mai comune anomalii de formă sunt brahicefalia, dolicocefalia, turicefalia, trigonocefalia, plagiocefalia, occiputul aplatizat, occiputul proeminent.

Brahicefalia se prezintă, subiectiv, ca o diminuare a diametrului antero-posterior comparativ cu cel transvers. Obiectiv, anomalia se confirmă prin indexul cefalic orizontal crescut peste 81%. Brahicefalia trebuie să se diferenţieze de occiputul aplatizat, cu care însă poate să coexiste (Fig. 4).

Dolicocefalia se prezintă, subiectiv, ca o mărire a diametrului antero-posterior comparativ cu cel transvers (Fig. 5). Obiectiv, anomalia se confirmă prin indexul cefalic orizontal scăzut sub 75%. Dolicocefalia trebuie să se diferenţieze de occiputul proeminent, cu care însă poate să coexiste. ***Scafocefalia*** este o formă particulară de dolicocefalie caracterizată prin reliefarea părţii anterioare şi posterioare ale craniului (sugerând, din profil, aspect de vapor).

Turicefalia („cap în formă de turn") se caracterizează prin capul înalt în comparaţie cu lăţimea sau lungimea craniului (Fig. 6). Obiectiv, indicele cefalic vertical este mai mare de 63%. Termenii de ***acrocefalie*** şi ***oxicefalie*** (Fig. 7) se folosesc pentru acele forme de turicefalie în care creştetul capului are o formă conică. ***Trigonocefalia*** este anomalia craniană caracterizată prin forma triunghiulară a craniului cu vârful situat pe linia mediană a frunţii, iar baza triunghiului la nivel occipital. Diagnosticul este exclusiv subiectiv, examinatorul privind capul pacientului de sus (dinspre creştet).

Fig. 8 Plagiocefalie

Fig. 9 Occiput proeminent

Plagiocefalia se recunoaşte prin asimetria craniului ca urmare a aplatizării unilaterale a occiputului, uneori asociat cu proeminenţa frontală de aceeaşi parte; privit de sus, craniul are un aspect romboid (Fig. 8).

Occiputul aplatizat se manifestă ca o reducere a convexităţii occiputului. Aprecierea este subiectivă. Poate sau nu să fie asociat cu brahicefalia.

Occiputul proeminent se manifestă ca o creştere a convexităţii occiputului (Fig. 9). Aprecierea este subiectivă. Poate sau nu să fie asociat cu dolicocefalia. <<<

Bibliografie

1. Allanson JE, Cunniff C, Hoyme HE, McGaughran J, Muenke M, Neri G. 2009; *Elements morphology: Standard of terminology for the head and face*; Am J Med Genet Part A 149A:6–28.

2. Stevenson E. Roger, Hall G. Judith; *Human Malformation and Related Anomalies*; Oxford University Press; 2006

3. Muenke Maximilian, Kress Wolfram, Collman Hartmut, Solomon D. Benjamin; *Craniosynostosis: molecular genetics, principles of diagnosis, and treatment*; S. KargerAG; 2011

4. Hall G. Judith, Froster-Iskenius G. Ursula; Allanson E. Judith; *Handbook of Normal Phisical Measurements*; Oxford Medical Publications; 1995

5. Smiths; John M. Graham; *Recognizable Patterns of Human Deformation*, third edition; SAUNDERS ELSEVIER; 2007

6. Smiths; Kenneth Lyons Jones; *Recognizable Patterns of Human Malformation*; 5th Edition; W.B. SAUNDERS COMPANY; 1997

7. Arseni C., Horvath Lenke, Ciurea A.V.; *Afecţiunile neuro/chirurgicale ale sugarului şi copilului mic (0-3 ani)*; Editura Medicală; Bucureşti; 1979

Scanned with OKEN Scanner

Prezentare de caz:

Demenţă mixtă (Alzheimer şi vasculară)

Prof. univ. dr. **Delia Podea,** şef Clinică Psihiatrie, Spitalul de Urgenţă Arad

Rezumat. Îmbătrânirea este unul dintre cele mai semnificative fenomene sociale ale secolului nostru. Odată cu creşterea speranţei de viaţă, creşte şi prevalenţa afecţiunilor asociate vârstei a treia, cel mai frecvent diagnosticate fiind depresia şi demenţele, îndeosebi demenţa Alzheimer (DA) şi demenţa vasculară (DV). La ora actuală, clinicienii folosesc termenul de DA pentru a se referi la o entitate clinică ce defineşte în general o tulburare amnestică progresivă caracteristică, cu apariţia ulterioară a altor modificări cognitive, comportamentale şi neuropsihiatrice care afectează funcţia socială şi activităţile cotidiene. **Demenţa mixtă** se referă la pacienţii care îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru demenţa Alzheimer, prezentând în plus dovezi clinice şi imagistice/biologice cerebrale caracteristice altor tulburări comorbide, cum ar fi boala cerebrovasculară. >>>

Prezentăm cazul pacientei U.A., de 55 de ani, care se internează în Secţia Clinică de Psihiatrie a Spitalului Clinic Judeţean de Urgenţă Arad pentru următoarele simptome: episodice stări de nelinişte psihomotorie care se transformă uneori în hetero- şi autoagresivitate fizică şi verbală, dezorientare temporo-spaţială, sever deficit mnezico-prosexic, tulburări ale funcţiei de execuţie, scăderea capacităţii de abstractizare în special în sfera planificării propriilor activităţi, restrângerea marcată a sferei de interes cu dezinteres pentru preajmă.

Din anamneza efectuată am selectat doar datele care au importanţă în susţinerea diagnosticului.

Antecedentele heredo-colaterale sunt pozitive pentru Demenţa Alzheimer, mama şi o soră a pacientei fiind diagnosticate cu această boală.

Antecedentele personale patologice denotă faptul că pacienta este dispensarizată psihiatric din anul 2004 şi nu prezintă boli somatice, epilepsie sau traumatisme craniene.

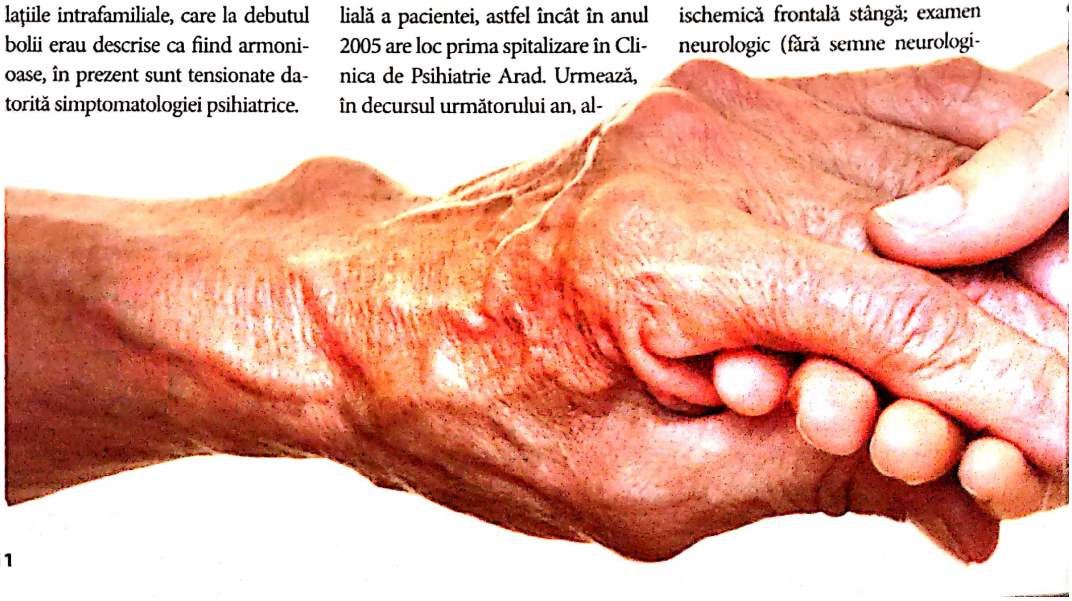
Consum de toxice. Pacienta consumă cafea (1 ceaşcă/zi). Nu consumă alcool, tutun sau alte toxice.

Istoricul de viaţă

Pacienta provine dintr-o familie legal constituită, fiind al şaselea copil din 11 fraţi. A absolvit 11 clase (8 clase elementare şi şcoala profesională cu profil alimentar). Este căsătorită şi are doi copii (fiica - 18 ani, fiul - 16 ani, ambii elevi). Locuieşte împreună cu familia proprie, iar relaţiile intrafamiliale, care la debutul bolii erau descrise ca fiind armonioase, în prezent sunt tensionate datorită simptomatologiei psihiatrice.

Istoricul bolii

Debutul afecţiunii psihiatrice a avut loc în anul 2004, la vârsta de 53 ani, când pacienta s-a prezentat în ambulatorul de specialitate cu o simptomatologie de tip nevrotic (de model anxios-depresiv). S-a instituit tratament cu antidepresive de tipul SSRI (Sertralină 50 mg/zi), dar, treptat, se instalează o deteriorare cognitivă globală cu o evoluţie rapidă, care afectează viaţa profesională şi familială a pacientei, astfel încât în anul 2005 are loc prima spitalizare în Clinica de Psihiatrie Arad. Urmează, în decursul următorului an, alte două spitalizări psihiatrice, iar în septembrie 2006 se reinternează în regim de urgenţă pentru tabloul psihopatologic amintit anterior (vezi motivele internării). Pe parcursul internării pacienta prezintă un atac cerebral ischemic tranzitor în urma căruia deteriorarea cognitivă se accentuează semnificativ. Se efectuează CT (tomografie computerizată) craniu, care evidenţiază: atrofie corticală, mai ales hipocampală, leziune ischemică frontală stângă; examen neurologic (fără semne neurologi-



Scanned with OKEN Scanner

ce de focar) şi MMSE (Mini Mental State Examination) = 14 puncte.

Examenul stării psihice

Pacienta este în ţinută neîngrijită, dezordonată (pacienta purtând haine rupte), igienă corespunzătoare, este dezorientată auto şi allopsihic. Câmpul actual de conştienţă este clar. Contactul psihic se realizează cu dificultate: comunicarea este posibilă, dar greoaie.

Expresivitate mimico-gestuală

Faciesul este hipomimic, privirea fixă. Gestica se înscrie în limitele normalului;

Atenţia

Hipoprosexie de concentrare şi persistenţă;

Memoria

Hipomnezie de fixare şi de evocare (pacienta nu îşi aminteşte date noi învăţate, uită unde îşi pune lucrurile, uneori prezintă dismnomie);

Percepţie

În momentul examinării pacienta nu prezintă tulburări de percepţie de tipul halucinaţiilor şi iluziilor;

Vorbire

Pacienta prezintă bradilalie, voce cu tonalitate joasă; uneori prezintă balbism.

Gândire

Gândirea este bradipsihică, vâscoasă, circumstanţială; capacitatea de abstractizare, de organizare şi de planificare a propriilor activităţi este mult diminuată; ca tulburări de fond sunt sesizate prezenţa unor idei delirante de prejudiciu („ne-am certat pentru avere, familia mea vrea să-mi ia pensia, casa, fură din casă").

Dispoziţia

Dispoziţia este labilă, pacienta oscilând între iritabilitate, irascibilitate şi dispoziţie depresivă.

Comportament

Pacienta prezintă episoade de agitaţie psiho-motorie cu auto şi heteroagresivitate fizică şi verbală (heteroanamnestic).

Apetit alimentar - uşor crescut

Instinct sexual - diminuat

Instinct gregar - tendinţă la izolare socială

Ritmul somn-veghe - este perturbat, pacienta prezintă insomnie parţială cu somn fragmentat, agitat, cu treziri frecvente şi dificultăţi de readormire.

Insight absent.

Examen obiectiv – în limite normale.

Investigaţii paraclinice

Examenul psihologic

La data examinării, examenul capacităţii funcţiilor cognitive relevă: marcată hipomnezie de fixare, capacitate slabă de concentrare a atenţiei ca viteză (v=30) şi exactitate (e=0,53), capacitate slabă de distribuire a atenţiei (e=7); operativitate mentală logică de nivelul unei deficienţe mintale uşoare, limită cu medie (QI=49), înţelegere greoaie, capacitate de învăţare masiv diminuată (Baraj, Praga, Rey, Raven).

Concluzii: potenţial intelectual diminuat în contextul stării actuale până la nivelul unei deficienţe medii (QI=49) cu marcat deficit mnezico-prosexic.

Mini Mental State Examination (MMSE) – scor final 14 puncte (din punctajul maxim de 30). Sunt afectate în special orientarea temporo-spaţială, înregistrarea informaţiilor, atenţia şi calculul, reproducerea informaţiilor, înţelegerea şi executarea unei comenzi.

Concluzii: disfuncţie cognitivă moderată.

Tomografie computerizată craniană – Atrofie corticală localizată mai ales hipocampal. Leziune ischemică frontală stângă.

Examen neurologic – absenţa semnelor neurologice de focar.

Analize medicale de laborator – valori normale.

Diagnosticul pozitiv

Coroborând datele anamnestice (vulnerabilitate genetică pentru demenţă Alzheimer - mama şi sora pacientei, diagnosticate cu demenţă Alzheimer), datele clinice (debutul insidios şi evoluţia lentă a deteriorării cognitive cu accentuare semnificativă în urma atacului ischemic, examenul psihiatric actual), investigaţiile paraclinice (examenul neurologic, CT craniu, examenul psihologic, analize medicale de laborator) s-a stabilit diagnosticul de Demenţă mixtă (Alzheimer şi vasculară).

Conform criteriilor ICD-10, diagnosticul de Demenţă este susţinut pe baza prezenţei declinului memoriei şi a gândirii, cu un grad suficient de sever, care afectează viaţa profesională şi familială a pacientei. Sunt afectate înregistrarea, stocarea şi redarea noilor informaţii, iar activităţile binecunoscute şi învăţate anterior sunt de asemenea pierdute. Simptomatologia are o durată mai mare de 6 luni (în cazul de faţă, 2 ani).

În acest caz, demenţa vasculară coexistă cu cea din boala Alzheimer, existând dovada unui episod vascular suprapus pe un tablou clinic ce sugerează boala Alzheimer.

Diagnosticul diferenţial

Demenţa în boala Alzheimer

Simptomatologia a debutat cu aspectul unei demenţe Alzheimer, dar s-a accentuat semnificativ în contextul atacului cerebral ischemic. Există dovezi imagistice pentru demenţă Alzheimer, dar şi pentru cea vasculară.

Demenţa vasculară

În cazul de faţă, simptomatologia cognitivă a debutat lent, anterior atacului ischemic.

Demenţa în boala Pick

În cazul de faţă sunt prezente agitaţia, iritabilitatea, agresivitatea, dar manifestările comportamentale nu au precedat deficitul mnezico-prosexic şi nici nu sunt mai marcate decât tulburările de memorie şi atenţie.

Demenţa în boala Creutzfeldt-Jakob

Evoluţia simptomatologiei cognitive este rapidă, dar sunt absente simptomele extrapiramidale (tremor, rigiditate, mişcări coreoatetozice) sau piramidale.

Demenţa în boala Huntington, Parkinson

Nu există istoric de boală Huntington sau Parkinson.

Demenţa în alte boli specificate

Pacienta nu prezintă în antecedente o patologie care ar putea determina demenţă.

Delirium

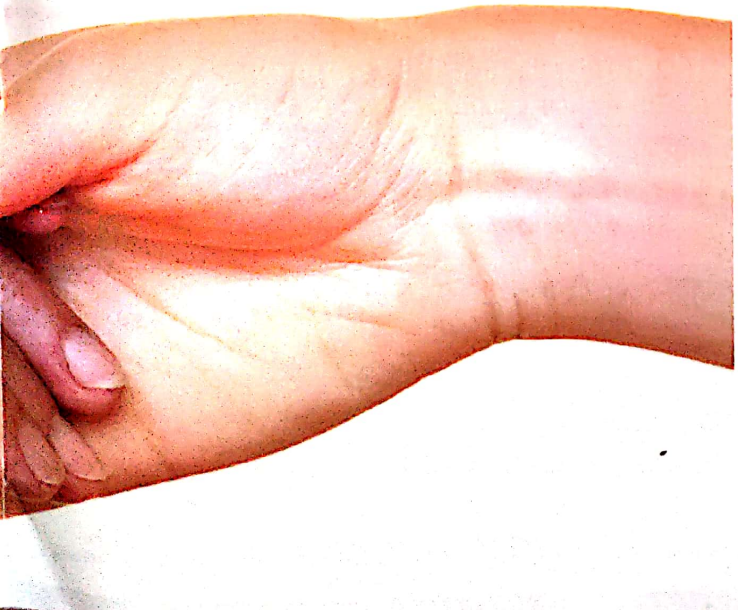
Sunt afectate memoria, atenţia şi orientarea, dar acestea nu variază în timp, ci sunt constant alterate. Câmpul actual de conştienţă este clar, iar durata simptomatologiei este mai mare de câteva săptămâni.

Sindromul amnestic organic

Sunt alterate atât memoria recentă, cât şi cea de lungă durată pe un câmp clar de conştienţă, dar sunt prezente tulburări de atenţie şi o deteriorare intelectuală globală. Nu există antecedente sau argumente obiective în favoarea unei leziuni sau a unei boli a creierului care să justifice acest diagnostic.

Pseudodemenţa

Afecţiunea psihiatrică a debutat cu o simptomatologie de model depresiv, dar deteriorarea cognitivă a apărut în ciuda tratamentului cu antidepresive.



Scanned with OKEN Scanner

Retard mental

Pacienta nu a fost diagnosticată în copilărie cu retard mental, iar funcționarea socială, profesională și familială a fost adecvată de-a lungul vieții până în momentul îmbolnăvirii.

Schizofrenia, Tulburarea schizoafectivă și Tulburarea delirantă persistentă

Se exclud prin prezența unui marcat deficit mnezico-prosexic care a precedat apariția simptomatologiei delirante.

Tratamentul

Precocitatea tratamentului etiopatogenic și stabilizarea momentelor de declin neuroprotectiv (factorul vascular, hipoxic, metabolic și toxic) pot întârzia semnificativ evoluția bolii de la o fază la alta, cu conservarea unor abilități de îngrijire și diminuare a riscurilor discomportamentale, generând premisele menținerii pacientului la nivelul familiei și diminuând costurile îngrijirilor secundare impuse de spitalizări în unități psiho-sociale geronto-psihiatrice.

Tratamentul factorilor de risc vascular:

- antiplachetar - Aspirina cardio 100 mg/zi
- vasodilatator - Nicergolină 30 mg/zi

Tratamentul demenței:

- inhibitor de colinesterază - Donepezil 10 mg/zi dimineața,
- antagonist al receptorilor glutamatergici - Memantină 10 mg/zi

Tratamentul tulburărilor neuropsihiatrice asociate (ideile delirante de prejudiciu, agresivitatea, tulburările de somn):

- antipsihotic atipic - Quetiapină 200 mg 0-0-1
- anxiolitic - Lorazepam 1 mg 1/2-1/2-1 (pentru o perioadă scurtă de timp)
- hipnoinductor - Zolpidem 10 mg 0-0-1.

Prognostic

Prognosticul este rezervat, alterarea intelectuală în cadrul demenței fiind profundă, progresivă și globală. Acestor trei caracteristici li se adaugă ireversibilitatea activităților psihice: ce s-a produs evoluează numai într-un singur sens, spre „cronicizare și exitus". Odată cu accentuarea pierderii funcțiilor, pacientul este în mod treptat sărăcit de independență, în cele din urmă fiind necesară plasarea într-un cămin de îngrijire. De asemenea, prezența tulburărilor neuropsihiatrice determină afectarea calității vieții pacientului și a familiei acestuia, crește costurile îngrijirii și duce la o instituționalizare prematură.

Particularitatea cazului

- vulnerabilitate genetică pentru demență Alzheimer;
- debut cu o simptomatologie de tip nevrotic;
- absența factorilor de risc vascular (dislipidemie, hipertensiune arterială, diabet zaharat, fumat). <<<

Bibliografie

1. W. M. Van der Flier, P. Scheltens, Epidemiology and risk factors of dementia, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:v2-v7
2. Marc E. Agronin, Gabe J. Maletta (2006), Principles and practice of geriatric psychiatry
3. Robert, P.H. et al, (2005). Grouping for behaviour and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer Disease consortium. *European Psychiatry*; 20;490-496
4. Denis Shub, MD and Mark E. Kunik, MD, MPH | April 16, 2009, Comorbidity: Psychiatric Comorbidity in Persons With Dementia, Assessment and Treatment Strategies, *Psychiatric Times* Vol. 26, No. 4
5. Parnetti L, Amici S, Lanari A, Gallai V. Pharmacological treatment of non-cognitive disturbances in dementia disorders.
6. Sultzer D, Levin H, Mahler M, High W, Cummings J. A comparison of psychiatric symptoms in vascular dementia and Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 1993;150(12):1806-1812

UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AMPOSDRU

Fondul Social European POSDRU 2007-2013

Instrumente Structurale 2007-2013

ORGANISMUL INTERMEDIAR REGIONAL PENTRU POS DRU REGIUNEA BUCUREȘTI ILFOV

FUNDAȚIA "DAN SETLACEC"

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013
"Investește în oameni!"

Proiectul "Specializare pentru performanță, eficacitate și răspuns – S.P.E.R"
are ca grup-țintă peste 250 de medici rezidenți, medici specialiști în chirurgie generală, anesteziologie, nefrologie, gastroenterologie, medicină de laborator, anatomie patologică, imunologie de transplant, medici coordonatori de transplant, precum și asistenți medicali.

Până în prezent, Proiectul S.P.E.R. se mândrește cu:
- peste 200 de specialiști care au urmat module din cele 6 programe de instruire față-în-față;
- primul manual din România cu tema "Transplantul hepatic";
- platformă de e-learning accesibilă grupului-țintă și un website util al proiectului.

Detalii sunt disponibile la www.transplant-sper.ro

www.transplant-sper.ro

Beneficiar proiect
Fundația "Dan Setlacec"

Parteneri
Fundația pentru Transplant
Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" TIMIȘOARA
Spitalul Clinic Județean de Urgență CONSTANȚA
Institutul de Virusologie "Ștefan S. Nicolau" BUCUREȘTI
Institutul Clinic de Urologie și Transplant Renal CLUJ-NAPOCA
Universitatea de Medicină și Farmacie CRAIOVA

Scanned with OKEN Scanner

Facem analize corecte.
Cu profit, dacă putem,
cu pierdere dacă trebuie,
însă întotdeauna analize corecte!

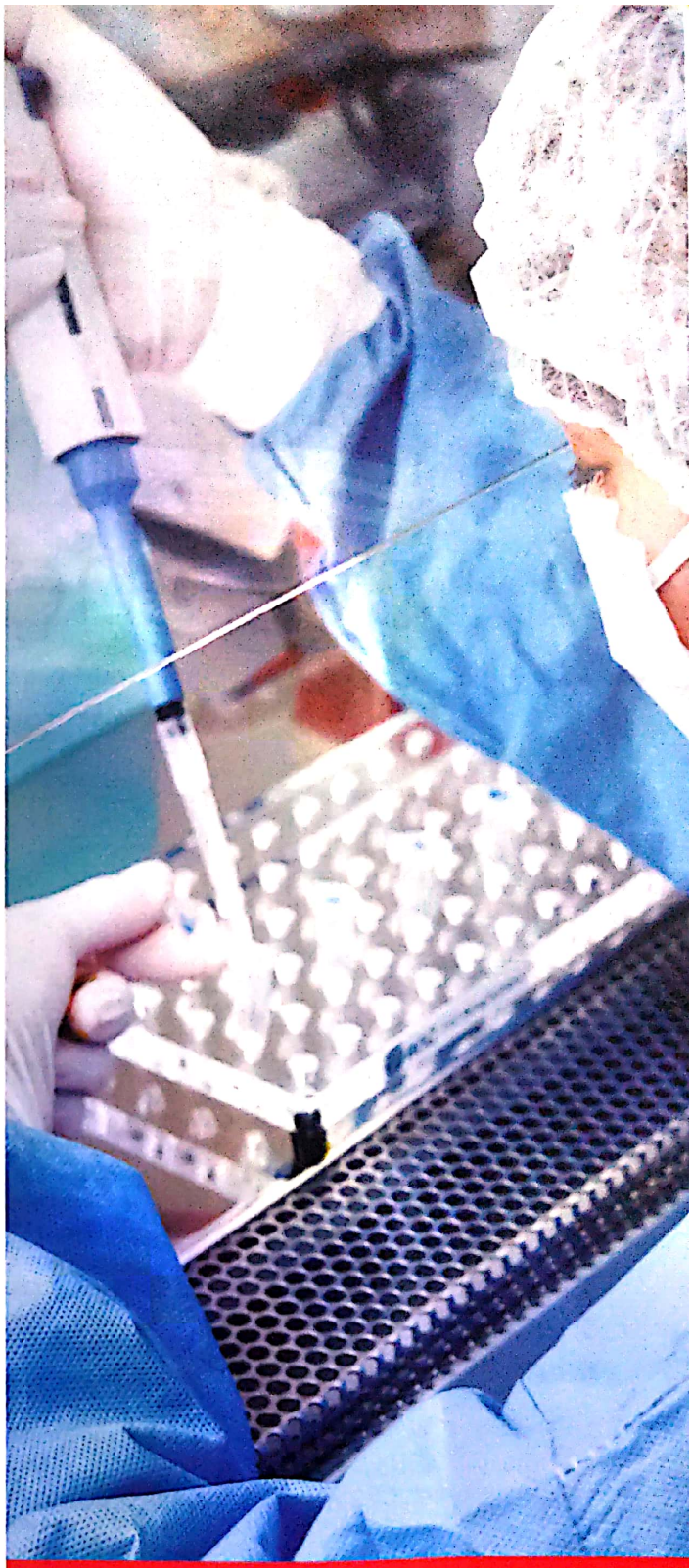
austromed clinic

Încă de la înființare, în 2004, **austromed clinic** şi-a luat angajamentul să nu facă niciun rabat de la calitate şi să livreze pacienților analize medicale care le redau fidel starea de sănătate. Pentru a-şi ține promisiunea, **austromed clinic** şi-a concentrat ani la rând știința şi capacitatea asupra medicinei de laborator şi nu şi-a risipit resursele în alte domenii medicale. Mergând consecvent pe acest drum, **austromed clinic** se prezintă azi în fața pacienților şi medicilor cu un laborator consolidat moral şi profesional, corect şi meticulos, în spiritul bunei tradiții medicale austriece, valori susținute fără compromisuri de o echipă medicală care îşi îndrăgeşte meseria. Analizele medicale efectuate de **austromed clinic** sunt baza cea mai solidă şi de încredere pe care medicii curanți îşi pot fundamenta diagnosticul.

Portofoliul de produse al austromed cuprinde peste 380 de analize medicale în domeniile:

- *Hematologie-Coagulare*
- *Chimie clinică*
- *Toxicologie*
- *Imunologie*
- *Markeri infecțiosi*
- *Markeri tumorali*
- *Markeri hormonali şi cardiaci*
- *Microbiologie*
- *Histologie*

Pentru detalii vă invităm să vizitați pagina de internet a laboratorului: www.austromed.ro



Punctul de lucru „Mihai Eminescu“
Str. Mihai Eminescu nr. 156
sector 2, Bucureşti
CP 020083

Tel: +4021 317 4917
www.austromed.ro

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Prof. dr. Luiza Spiru:

Revidox, protector împotriva bolilor degenerative

Alchimiştii Evului Mediu nu aveau ca obiectiv numai transmutaţia metalelor în aur şi argint, ci şi crearea omului artificial şi a panaceului care să vindece toate bolile. În zilele noastre, ultima frontieră este tinereţea fără bătrâneţe. Doamna **prof. dr. Luiza Spiru**, specialist în geriatrie-gerontologie, geronto-psihiatrie şi medicină anti-aging, preşedinta Fundaţiei Ana Aslan Internaţional şi şeful Centrului de Diagnostic şi Tratament pentru Boli de Memorie este unul dintre practicienii care cred că îmbătrânirea poate fi controlată. >>>

De ceva timp se anunţă constant, pe diverse meridiane, câte o descoperire a elixirului tinereţii. Credeţi în tinereţe fără bătrâneţe?

Este o disperare în cercetarea medicală mondială şi se fac nişte investiţii enorme pentru a stopa fenomenele de îmbătrânire care încep să se manifeste la vârste din ce în ce mai tinere. Cu toţii ne-am dori să oprim trecerea anilor şi să fim sănătoşi până la final. Din păcate, bătrâneţea este inevitabilă dar, din fericire, astăzi există soluţii pentru a lupta cu timpul. Fără a obţine nemurirea, putem prelungi perioada în care suntem tineri. Secretul stă în prevenţie. De noi depinde modul în care îmbătrânim. Dacă tratăm cu toată atenţia, din tinereţe, perioada din viaţa noastră care începe după 45-50 ani, putem şterge din dicţionarul personal expresia „bătrâneţe, haine grele".

Există diagnosticul de... bătrâneţe?

În centrul activităţii, apropo de fenomenul de îmbătrânire, cortexul este cel pe care îl analizăm cel mai serios pentru că se pare că avem vârsta cortexului nostru. Îmbătrânirea corticală influenţează major fenomenul de îmbătrânire a întregului organism. Începem să îmbătrânim a doua zi după ce ne naştem, pentru că nu numai cortexul îmbătrâneşte, ci şi elementele esenţiale ale organismului nostru încep să piardă din masa celulară. În jurul vârstei de 25-30 de ani trebuie să învăţăm să percepem modul în care organismul ne anunţă că trecem într-o altă perioadă a vieţii, care se numeşte senescenţă şi care are mai multe etape. Fiecare dintre noi reprezintă un context individual care, în interacţie cu factorii de mediu, se dezvoltă şi îmbătrâneşte într-un mod cât se poate de parti-

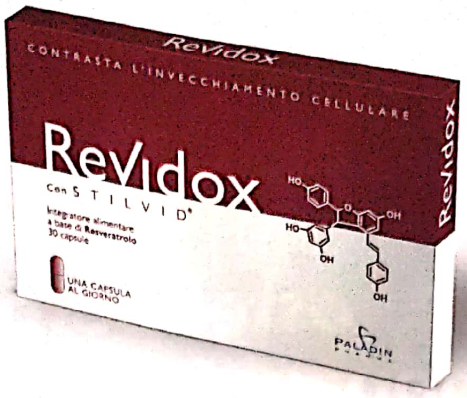
cular. Rolul nostru este să intervenim cât mai devreme şi să învăţăm să citim limita atât de subtilă între ceea ce înseamnă îmbătrânire fiziologică, normală, şi trecerea ei, la nivel de subtilitate clinică, spre îmbătrânirea patologică.

Ne îmbătrâneşte numai trecerea timpului sau mai sunt şi alţi factori? Care sunt primele simptome ale îmbătrânirii?

Stresul profesional şi cel social sunt factori de risc major în accelerarea şi accentuarea fenomenului de îmbătrânire. Conform statisticilor, doar 20% dintre cei care muncesc fac o meserie care le place, în timp ce 80% muncesc pentru îndeplinirea unor obiective uzuale. Dar trebuie să fim competitivi şi eficienţi până la 65 de ani, noua limită a vârstei de pensionare. Asta înseamnă că de la 40 de ani (în străinătate se recomandă de la 35 de ani) trebuie să ne preocupe modul în care îmbătrânim, factorii de risc pe care îi avem, genetici sau dependenţi de interacţia cu mediul, şi să începem să luăm în seamă semnalele cortexului. Încetinirea procesului de îmbătrânire a creierului este lucrul care ar trebui să ne preocupe cel mai mult atunci când ne gândim la asigurarea unei îmbătrâniri frumoase, de calitate, care să ne permită să ne bucurăm de viaţă, să fim independenţi şi lucizi cât mai mult timp. La un moment dat, care este altul pentru fiecare dintre noi, organismul nostru încearcă să ne alarmeze prin diferite semnale – dureri, oboseală cronică, insomnie, tot felul de alte semne clinice pe care noi nu le cuantificăm în mod corect atunci când ele încep să apară şi pe care organismul nostru le sesizează din timp. Acestea sunt primele simptome ale îmbătrânirii şi nu ridurile pe care le vedem în oglindă. Dar degeaba organismul le sesizează, dacă mintea noastră nu are sensibilitate în a trata cu respect aceste semne, care, atunci când apar, obligă la intervenţia în scop predictiv şi preventiv.

Spuneaţi că astăzi, din fericire, avem posibilitatea să ne prelungim tinereţea şi să ne menţinem sănătatea. Există o reţetă secretă sau este la îndemâna oricui doreşte să aibă grijă de propria persoană?

Reţeta poate fi sintetizată astfel: **suntem ceea ce mâncăm, ceea ce înghiţim ca suplimente alimentare.** Pe cei mai mulţi dintre noi îi interesează doar



în ce măsură trecerea timpului se vede pe chipul şi pe corpul nostru, în ce măsură aceasta ne afectează viaţa intimă, viaţa socială. Şi, din păcate, majoritatea oamenilor crede că tratamentele chirurgicale şi produsele cosmetice reprezintă soluţia. Puţini sunt cei care înţeleg că trecerea anilor este o problemă mult mai complexă, care necesită o abordare holistică, super specializată şi individuală. Puţini înţeleg că aspectul exterior depinde de cum te îngrijeşti la interior. Nu toţi îmbătrânim la aceeaşi vârstă sau la fel.

Ce tratament "la interior" are efecte notabile? Recomandaţi ceva anume?

Există terapii bazate pe suplimente alimentare, terapii antioxidante, unele dintre ele eficiente. În extractul de struguri este o substanţă – resveratrol – despre care se vorbeşte din ce în ce mai mult că ar fi unul dintre cei mai importanţi „jucători" în ceea ce priveşte încetinirea modificărilor în fiziopatologia corticală. Există studii şi există aşa-numita teorie a eficienţei resveratrolice referitoare la primele semne decelabile la nivelul patului cerebral vascular şi la nivelul masei cerebrale ale fenomenului de îmbătrânire accentuată, deci patologică, la nivelul cortexului.

Din păcate, nu toate produsele bazate pe resveratrol au studii clinice la nivel european şi unele sunt chiar îndoielnice din punct de vedere al calităţii. Unul dintre cele mai noi produse, cu calităţi dovedite prin studii clinice la om, este **REVIDOX** – combinaţie unică de substanţe active – STILVID 84%, pe bază de strugure, rodie şi seleniu într-o cantitate utilă terapeutic. Formula sa concentrează într-o singură capsulă extract integral de strugure şi rodie îmbogăţită cu polifenoli, care contribuie într-un mod sinergic la încetinirea îmbătrânirii celulare şi la repararea semnelor interne şi externe ale trecerii timpului. Întotdeauna tratamentul medicamentos trebuie personalizat şi susţinut sinergic de cel bazat pe suplimente alimentare, în funcţie de istoria naturală a fiecăruia dintre noi, de nevoia personalizată (evaluare de specialitate) pentru prelungirea perioadei active din viaţa noastră şi păstrarea gradului de independenţă până la vârste înaintate.

Concret, cum acţionează REVIDOX?

Bolile cardiovasculare îmbătrânesc cortexul. Episoadele de hipertensiune arterială determină moartea neuronală. În paranteză fie spus, un risc foarte mare îl reprezintă intervenţiile cu anestezie generală, pentru că, în acest caz, avem de-a face cu hipoxie cerebrală controlată chirurgical, care duce la pierderi neuronale. **REVIDOX** este cardioprotector, reduce nivelul "colesterolului rău" (LDL), protejând astfel creierul de unul dintre factorii responsabili cu îmbătrânirea. **REVIDOX** asigură o bună funcţionare a întregului organism, conferă o stare de bine şi un aspect sănătos, ceea ce ne dă încredere în noi, reducând în acest fel riscul de depresie. Anxietăţile şi depresiile nediagnosticate şi netratate îmbătrânesc creierul înainte de vreme, creând predispoziţie pentru bolile neurodegenerative. **REVIDOX** este un protector împotriva bolilor degenerative. Activarea metabolismului neuronal se resimte la nivelul întregului organism.

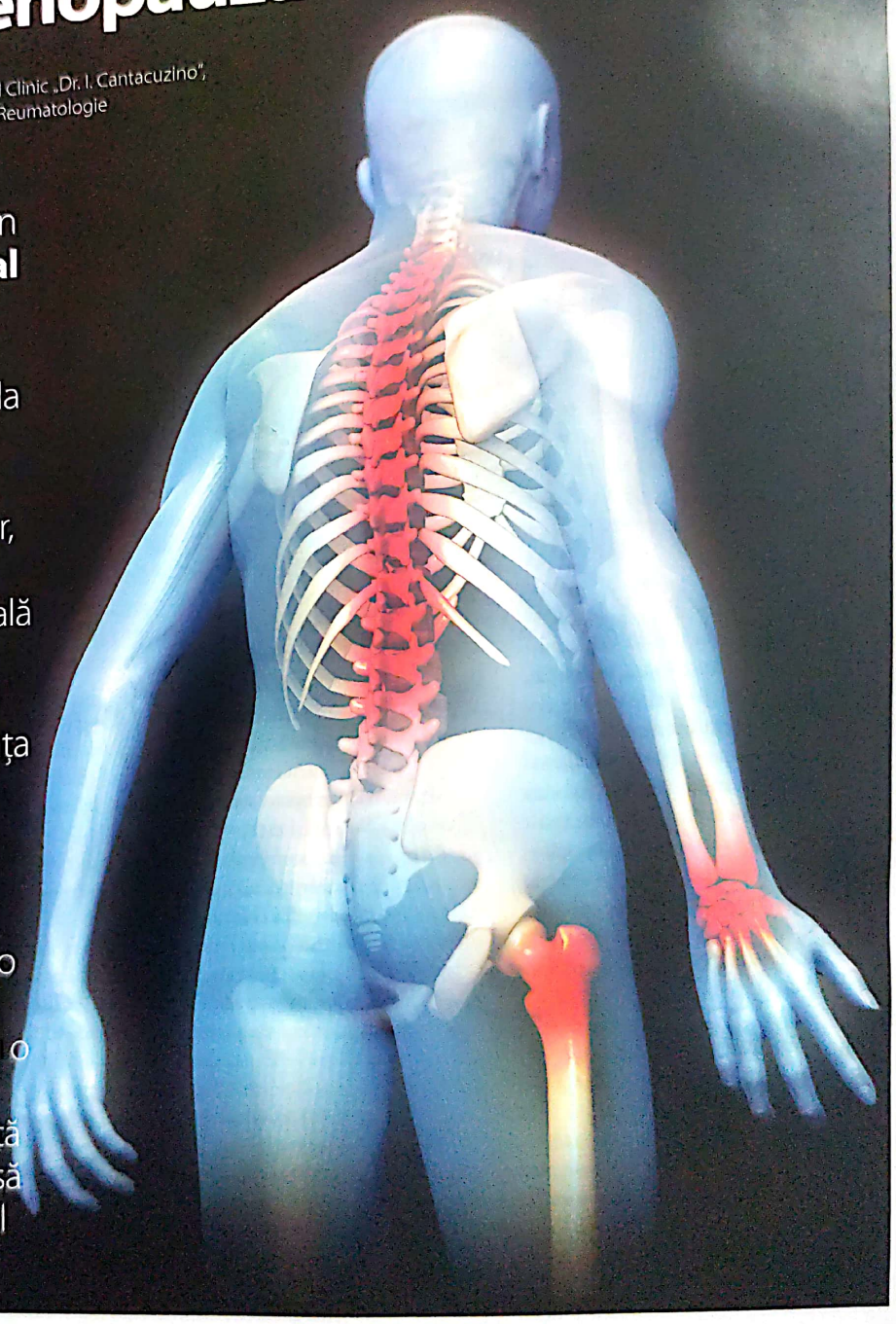
Cine poate să ia REVIDOX, când şi în ce condiţii?

A înghiţi o pastilă, un supliment alimentar, înseamnă că faci acest lucru conştient, pentru că eşti educat, pentru că ştii că ceea ce înghiţi are valoare, are un efect pozitiv asupra întregului organism. Cine vrea să îmbătrânească frumos şi sănătos poate să ia **REVIDOX.** Dar trebuie respectate anumite reguli: **tratamentul cu suplimente alimentare se face în cure repetitive, pe o durată lungă de timp. Este foarte important să nu întrerupem tratamentul când începem să ne simţim bine sau să observăm primele efecte. Şi nu trebuie uitat că doar o abordare integrată, predictivă şi preventivă poate asigura prelungirea stării de sănătate, de tinereţe.** *(interviu realizat de Irinel Rădulescu)* <<<

Scanned with OKEN Scanner

Denosumabul – terapie biologică pentru prevenția și tratamentul **osteoporozei postmenopauză**

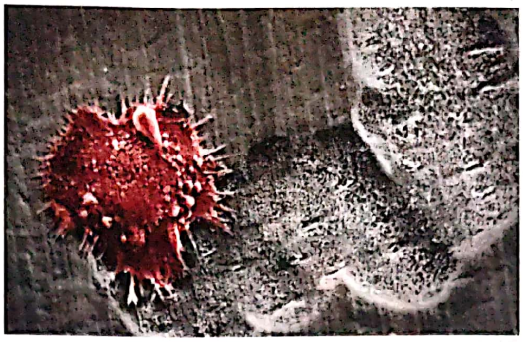
dr. **Udrea Gabriela**, Spitalul Clinic „Dr. I. Cantacuzino", Clinica de Medicină Internă și Reumatologie



Denosumabul este un **anticorp monoclonal uman, a cărui țintă este RANKL**. Prin inhibarea legării RANKL la RANK, denosumabul reduce numărul și activitatea osteoclastelor, scade resorbția osoasă, crește densitatea minerală osoasă (DMO) la toate nivelele (coloană, șold, radius) și reduce incidența fracturilor vertebrale, nonvertebrale și a fracturilor de șold. Denosumab este administrat subcutanat o dată la 6 luni, ceea ce crează premizele pentru o creștere a aderenței la tratament pentru această afecțiune altfel silențioasă clinic până în momentul apariției fracturii. >>>

Scanned with OKEN Scanner

Osteoporoza postmenopauză este rezultatul deprimării estrogenice. Această deprivare determină o accelerare a turnover-ului osos cu pierdere de os, o deteriorare a micro-arhitecturii osoase (perforarea şi pierderea trabeculelor osoase în osul spongios, subţierea corticalei şi creşterea porozităţii) şi creşterea fragilităţii osoase şi o susceptibilitate crescută la fractură.[1] Mecanismul central al activării osteoclastice şi al resorbţiei osoase crescute, care apare ca şi consecinţă a deprivării estrogenice, îl constituie expresia crescută a RANKL- ligandul receptorului activator al factorului nuclear – κB.[2] Agenţii antiresorbtivi (în special bisfosfonaţii care conţin N) sunt agenţii terapeutici cei mai folosiţi în prevenţia şi tratamentul osteoporozei postmenopauză, care prin legarea la suprafaţa mineralizantă a osului inhibă activitatea resorbtivă a osteoclastelor mature. Acest lucru conduce la creşterea densităţii minerale osoase şi la scăderea riscului de fractură.[3] Denosumabul este un agent anti-resorbtiv nou care inhibă resorbţia osoasă mediată de osteoclaste printr-un alt mecanism decât cel al bisfosfonaţilor. Denosumabul este un anticorp monoclonal complet uman, a cărui ţintă este sistemul RANKL/ RANK. Este o imunoglobulină care aparţine subclasei Ig G2 ce leagă *cu o mare afinitate RANKL* pe care în acest fel îl împiedică să se lege la receptorul său RANK şi în consecinţă reduce diferenţierea precursorilor celulari (transformarea monocito-macrofagelor) în osteoclaste mature, scade funcţia şi supravieţuirea osteoclastelor activate şi inhibă *reversibil* resorbţia osoasă mediată de osteoclaste.[4,5] Denosumabul leagă cu o înaltă specificitate numai RANKL şi nu pe ceilalţi membri ai familiei TNF din care face parte şi acesta (TRAIL- ligandul inductor al apoptozei în relaţie cu TNF, TNF-α, TNF-β sau ligandul CD40). RANKL este secretat de celulele stromale ale măduvei osoase hematogene, de osteoblaste, dar şi de limfocitele T şi, într-un procent mai mic, de limfocitele B, stabilind astfel o legătură cu osteoliza indusă de inflamaţie.[6] Deşi acesta este produs cel puţin în parte de celulele inflamatorii activate în timpul procesului inflamator, antagonizarea semnalizării RANKL/RANK nu are efect pe proliferarea sau activarea celulelor inflamatorii.[7] De altfel, un studiu randomizat dublu orb controlat placebo de faza a 2-a, care a evaluat efectul denosumabului pe modificările structurale la pacienţii cu artrită reumatoidă care primeau methotrexat, a arătat că denosumabul supresează markerii turnoverului osos, dar nu are nici un efect asupra îngustării spaţiului articular sau pe activitatea bolii.[8]

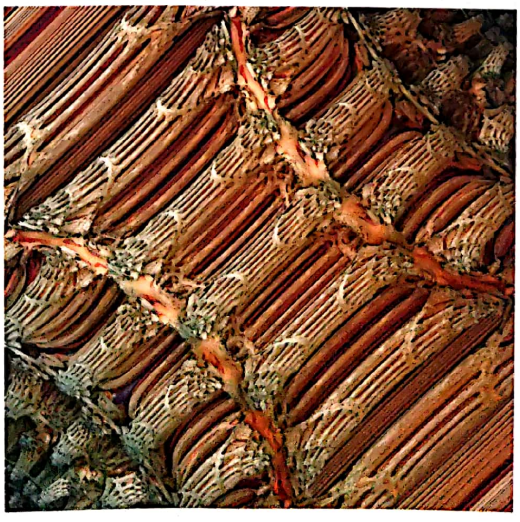


Indicaţia Denosumabului

În 2010 EMEA a aprobat denosumabul pentru tratamentul osteoporozei postmenopauză la femeile cu risc crescut şi pentru tratamentul pierderii osoase apărute după ablaţia hormonală pentru cancerul de prostată. FDA a aprobat denosumabul pentru tratamentul osteoporozei postmenopauză la femeile cu risc înalt de fractură definit printr-un istoric de fractură osteoporotică sau factori de risc multipli pentru fractură, sau în situaţiile eşecului terapeutic sau a intoleranţei la alte terapii disponibile pentru osteoporoză[9] şi, mai recent, în 2011, pentru alte două indicaţii: tratamentul pierderii osoase la femeile cu risc înalt de fractură care primesc tratament adjuvant cu inhibitor de aromatază pentru cancerul de sân şi la bărbaţii cu risc înalt de fractură care primesc terapie pentru deprivarea androgenică pentru cancerul de prostată non-metastatic.[10] În Ghidul pentru diagnosticul şi tratamentul osteoporozei postmenopauză, aprobat de Ministerul Sănătăţii prin Ordinul 1324 din 18.10.2010, publicat în Monitorul Oficial 799BIS/30.11.2010, denosumabul este prezentat ca terapie antiresorbtivă de primă intenţie cu evidenţe (recomandare A) de reducere a riscului de fractură vertebrală, non-vertebrală şi de şold, fiind indicat la:

- Pacientele cu osteoporoză şi scor T mai mic sau egal cu -2,5 DS, la coloană sau şold
- Paciente cu fractură de fragilitate (şold, vertebră, humerus, bazin, antebraţ) şi scor T mai mic sau egal cu -2 DS
- Paciente cu scor T mai mic sau egal cu -2 DS în tratament cortizonic cronic (peste 5 mg prednisolon/zi sau corticosteroizi echivalenţi şi durata peste trei luni)
- Paciente cu osteoporoză severă pentru unele medicamente.

Denosumabul este condiţionat în seringi preumplute de 60 mg cu administrare subcutanată la interval de 6 luni. Supresia resorbţiei osoase se produce rapid (la 12 ore), este profundă (aproximativ 80%) şi prelungită (peste 6 luni) şi reversibilă. Clearence-ul se face prin sistemul reticuloendotelial, deci independent de clearence-ul renal.



Eficacitatea Denosumabului

Eficacitatea denosumabului administrat subcutanat 60 mg la fiecare 6 luni pentru o perioadă de 3 ani versus placebo a fost analizată în cadrul studiului FREEDOM (Fracture Reduction Evaluation of Denosumab în Osteoporosis Every 6 Months). Rezultatele arată că la 3 ani de tratament cu denosumab 60 mg sc la 6 luni, acesta reduce riscul de fractură vertebrală (cu 68%,) non-vertebrală (cu 20%) şi de şold (cu 40%) comparativ cu placebo.[11] Efectele denosumabului asupra densităţii minerale osoase versus placebo după 4 ani de tratament sunt următoarele: la nivelul

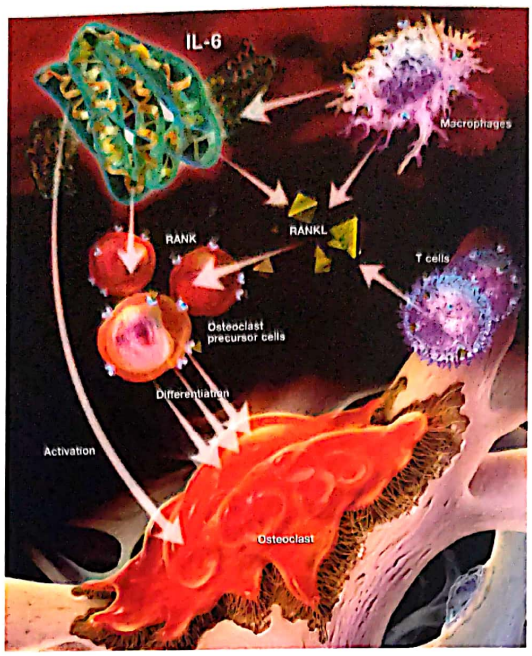
Scanned with OKEN Scanner

coloanei lombare de la 9,4% la 11,8% comparativ cu placebo -2,4%, la nivelul şoldului de la 4,0% la 6,1% comparativ cu placebo -3,5% , iar la nivelul 1/3 distale a radiusului de la 1% la 1,7% comparativ cu -4,7% comparativ cu placebo (p =0,001).[12]

Eficacitatea denosumabului versus alendronat la pacientele cu osteoporoză postmenopauză naive sau cele tratate cu alendronat a fost analizată în două studii randomizate controlate placebo (DECIDE Determining Efficacy: Comparison of Initiating Denosumab versus Alendronate şi STAND Study of Transitioning from Ale Ndronate to Denosumab). Acestea au pus în evidenţă o creştere mai mare a densităţii minerale osoase în toate locurile măsurate: şold, coloană lombară, colul femural (inclusiv în 1/3 distală a radiusului, considerată zonă cu os predominant cortical), la pacienţii trataţi cu denosumab versus alendronat (aproximativ +1%DMO cu denosumab vs alendronat).[13,14] La o lună de la iniţierea terapiei, P1NP (markerul formării osoase) scade la -26% faţă de baseline în grupul tratat cu denosumab, faţă de -11% în grupul cu alendronat. Reducerea maximă a P1NP este observată la trei luni pentru pacienţii cu denosumab şi la nouă luni după tratamentul cu alendronat.[12] Creşterile densităţii minerale osoase şi reducerile markerilor turnoverului osos sunt susţinute şi la 6 ani.[12]

Întreruperea denosumabului după doi ani de tratament determină o creştere tranzitorie a markerilor turnoverului osos (telopeptidul C seric şi telopeptidul N urinar).[14] Concentraţiile markerilor turnoverului osos revin la valorile de pornire la 24 de luni după oprirea denosumabului. Efectul pe turnover-ul osos sunt rapid reversibile cu întreruperea în grupul tratat cu denosumab şi pot fi restabilite cu o nouă cură de tratament. Prin comparaţie, la oprirea tratamentului cu alendronat oral markerii turnoverului osos crescut rămân sub concentraţiile de la baseline la sfârşitul celor patru ani de studiu.[12]

Profilul de siguranţă al denosumabului a fost analizat în studiul FREEDOM. S-a observat şi o incidenţă crescută a spitalizărilor pentru celulită în grupul tratat cu denosumab 0,3% vs <0,1% în grupul placebo (p=0,002). Eczema



a fost raportată de 3% dintre subiecţii trataţi cu denosumab comparativ cu 1,7% în grupul placebo (p<0,001).

De asemenea, denosumabul comparativ cu placebo la 3 ani nu creşte riscul de boală cardiovasculară, de întârzieri în vindecarea fracturii sau de hipocalcemie şi nici cel de osteonecroză de mandibulă.[9] Deşi RANKL şi RANK sunt membri ai familiei TNF exprimate pe o varietate de celule limfoide, s-a presupus că inhibiţia RANKL ar putea creşte riscul de cancer sau de infecţie, ceea ce însă nu a fost demonstrat în studiul FREEDOM.[14] Nu au fost diferenţe semnificative în privinţa reacţiilor adverse în grupul pacienţilor trataţi cu denosumab sau alendronat în studiile DECIDE şi STAND.[13, 14, 16]

În concluzie, prin inhibarea căii RANKL, denosumabul se constituie ca o nouă terapie în arsenalul terapeutic al osteoporozei postmenopauză. Cu acest mecanism de acţiune, diferit de al bisfosfonaţilor, se reduce rapid, reversibil şi semnificativ resorbţia osoasă, atât pe osul cortical cât şi pe cel trabecular. În studiile de fază 3 a demonstrat reducerea riscului de fractură vertebrală, nonvertebrală şi de şold. Dacă eficienţa demonstrată în studiile clinice se va regăsi în beneficiile clinice ale femeilor cu osteoporoză va depinde de experienţa pe care clinicienii o vor câştiga cu acest preparat. <<<

Bibliografie

1. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention 2001 Diagnosis, and therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA* 2001; 285:785-795.

2. Eghbali-Fatourechi G, Khosla S, Sanyal A, Boyle WJ, Lacey DL, Riggs BL. Role of RANK ligand in mediating increased bone resorbtion in early postmenopausal women. *J Clin Invest* 2003; 111: 1221-1230.

3. Stafford RS, Drieling RL, Hersh AL. National trends in osteoporosis visits and osteoporosis treatment, 1988-2003. *Arch Intern Med.* 2004; 164:1525-1530.

4. Kostenuik PJ, Nguyen HQ, McCabe J, Warmington KS, Kurahara C, Sum N, Chen C, Li L et al. Denosumab, a fully human monoclonal antibody to RANKL, inhibits bone resorbtion and increases BMD in knock-in mice that express chimeric (murine/human) RANKL. *J Bone Miner Res* 2009; 24:182-195.

5. Delmas PD. Clinical potential of RANKL inhibition for the management of postmenopausal osteoporosis and other metabolic bone diseases. *J Clin Densitom* 2008; 11(2):325-338.

6. Takayanagi H. Osteoimmunology and the effects of the immune system on bone. *Nat Rev Rheumatol* 2009; 5:667-676.

7. Stolina M, Schett G, Dwyer D, Vonderfecht S, Middleton S, Duryea D et al. RANKL inhibition by osteoprotegerin prevents bone loss without affecting local or systemic inflammation parameters in two rats arthritis models: comparison with anti TNF alpha or anti –IL-1 therapies. *Arthritis Res Ther* 2009; 11:R187.

8. Cohen SB, Dore RK, Lane NE et al. Denosumab treatment effects on structural damage, bone mineral density, and bone turnover in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheum* 2008; 58(5):1299-1309.

9. Watts NB, Bilezikian JP, Camacho PM et al. AACE Postmenopausal Osteoporosis Guidelines. *Endocr Pract.* 2010; 16 (Suppl3):1-37.

10. http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/Drugs/ReproductiveHealthDrugsAdvisoryCommittee/UCM176623.pdf

11. Cummings SR, Martin JS, McClung MR, Siris ES, Eastell R, Reid IR, et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med* 1995; 333:1437-1443.

12. Miller PD, Bolognese MA, Lewiecki EM, et al. Effect of denosumab on bone density and turnover in postmenopausal women with low bone mass after long-term continued, discontinued, and restarting of therapy: a randomized blinded phase 2 clinical trial. *Bone* 2008; 43(2):222-229.

13. Brown JP, Prince RL, Deal C, Recker RR, Kiel DP, de Gregorio LH et al. Comparison of the effect of denosumab and alendronate on BMD and biochemical markers of bone turnover in potmenopausal women with low bone mass: a randomized blinded,phase 3 trial. *J Bone Miner Res* 2009; 24:153-161.

14. Kendler DL, Roux C, Benhamou CL, Brown JP, Lillestol M, Siddhanti S, et al. Effects of denosumab on bone mineral density and bone turnover in postmenopausal women transitioning from alendronate therapy. *J Bone Miner Res* 2010; 25:72-81.

15. Whyte MP. The long and the short of bone therapy. *N Engl J Med* 2006; 354:860-863.

16. Moen MD, Keam SJ. Denosumab: a review of its use in the treatment of Postmenopausal Osteoporosis. Drugs@ Aging 2011; 28(1):63-82.

Scanned with OKEN Scanner

Pour le connaisseurs...

MARIA VASILESCU
director general
Tarus Media
maria.vasilescu@tarus.eu

Au trecut doi ani de când am creat revista *Medica Academica*, iar Academia Oamenilor de Ştiinţă din România ne-a onorat cu încrederea de a susţine proiectul. Suficient timp încât să facem o analiză a produsului căruia îi dăm viaţă în fiecare lună şi-l facem să strălucească. Strălucirea vine de la cei despre care/cu care vorbim. Când am luat în considerare faptul de a mai scoate un produs print pe o piaţă în care ziare şi reviste dispăreau, am vrut să depăşim şi să fim cu 100 de paşi înaintea oricărei crize: financiare sau de valori. Am visat la o publicaţie de excelenţă care să promoveze indivizi şi organizaţii ce demonstrează cu fiecare acţiune a lor implicarea cu succes (demonstrată şi unanim recunoscută) în sănătate. Tot ceea ce este creat în vederea îmbunătăţirii stării de sănătate a populaţiei este valoros pentru noi. Distinşi profesori, doctori, asistenţi, reprezentanţi ai autorităţilor, asociaţii de pacienţi, jurnalişti, prieteni ai acestora sunt prezenţi în fiecare număr al *Medica Academica*.
În plus, ne-a plăcut să vorbim în revistă despre concepte ce şi-au demonstrat eficienţa în alte sisteme de sănătate cu profesionişti pe care de multe ori îi aducem în România în cadrul conferinţelor pe care le iniţiem şi îi invităm la masa dezbaterilor alături de specialiştii români. Discuţii constructive în care se găsesc soluţii.
Au fost doi ani "uşori". Da! Pentru că excelenţa în România există, este la îndemână, nu este un fenomen izolat şi care necesită efortul de a-l descoperi. Este adevărat că pleacă mult personal medical, dar cu atât mai mult trebuie să susţinem şcoala românească de medicină pentru că este formatoare de minţi tinere care pot fi motivate să rămână şi să devină... de excelenţă.
Cu condiţia ca în paralel să existe mai mult decât voinţa de îmbunătăţire a sistemului, adică implementarea soluţiilor găsite, realizarea efectivă a schimbării. De mentalitate şi de politici/programe.
Nu mă pot supăra pe prietenii mei studenţi sau doctori sau asistenţi care deja au plecat, dar îi iubesc pe cei care se vor întoarce şi vor fi mai buni pentru ca domnii profesori să aibă satisfacţia unor succesori demni de cel puţin aceeaşi apreciere.
Şi pentru că am simţit nevoia de ceva în plus, în fiecare an celebrăm excelenţa printr-o elegantă Gală de Premiere. Este evenimentul care îmi creează emoţii maxime de fiecare dată. Sunt onorată să fiu alături de reputaţi academicieni şi profesori, de cei mai iubiţi medici, cei mai pricepuţi farmacişti, cei mai înzestraţi asistenţi, cei mai "voluntari" preşedinţi ai asociaţiilor de pacienţi, cele mai implicate autorităţi – ei toţi vin şi strălucesc şi, la nivel energetic, o parte infimă din eul lor rămâne în sufletul nostru, al celor care apreciază eforturile şi dăruirea lor. Aceste individualităţi iubesc oamenii şi oamenii îi iubesc.
Cred că Spiritul Crăciunului ne-a inspirat (mai ceva ca în filmele americane) şi mass-media s-a înţeles parcă să promoveze valorile profesioniştilor din sănătate. Campaniile pe televiziuni şi radiouri mă bucură şi sper să nu se oprească. "Conspiraţia", de data aceasta, este benefică.
Dacă ar fi o fiinţă, *Medica Academica* ar fi frumoasă, rafinată, educată, extrovertită, optimistă, elegantă, puternică, convingătoare, morală şi înţeleaptă.
LA MULŢI ANI! <<<

Scanned with OKEN Scanner

Avem un sistem. Cum procedăm? (II)

dr. **Horia Cristian**, secretar al Comisiei pentru Sănătate și Familie, Camera Deputaților

dr. **Horia Cristian**, secretar al Comisiei pentru Sănătate și Familie, Camera Deputaților

Corpul uman are un **număr limitat de simptome** pe care le poate exprima. Pe cale de consecință, pe măsură ce medicina avansează și identifică cu precizie tot mai multe boli, constatăm că aceleași simptome sunt comune unui număr mare de boli. Așa că diagnosticul devine din ce în ce mai mult, o problemă. În procesul de tratare a unei boli există două momente de incertitudine: diagnosticul și tratamentul. Modul cum rezolvăm aceste două momente de incertitudine ne face doctori mai buni sau mai puțin buni. Dacă punem diagnosticul precis, tratamentul corect ar trebui să fie simplu de făcut. >>>

(continuare din numărul anterior)

Există trei feluri de medicină:

1. **Medicina intuitivă** - acea medicină care tratează situațiile foarte complexe, unde mai multe boli dau simptome intricate; se bazează pe specialiști inteligenți, competenți, bine pregătiți și, mai ales, cu experiență foarte bogată. Aceștia își folosesc cunoștințele și experiența având capacitatea de a intui, fiind capabili să "vadă" modele de diagnostic acolo unde ceilalți văd doar o avalanșă copleșitoare de simptome și semne; au și capacitatea de a experimenta, fiind capabili să inițieze tratamente și să le adapteze «din mers», identificând modificările imperceptibile ale unor simptome sau semne cu mult înainte ca ceilalți medici să vadă ceva. Din păcate acești specialiști sunt foarte rari și, pe cale de consecință, extrem de scumpi: scump de identificat, scump de educat și antrenat, timpul lor e scump și folosesc aparatură și investigații foarte scumpe. Medicina intuitivă e scumpă.

2. **Medicina bazată pe dovezi** (evidence based medicine) - modelele de diagnostic sunt mult mai simplu de văzut, fiind ajutate mai mult de investigațiile moderne. Aici inovațiile transformatoare și-au spus cuvântul: imagistica modernă, analizele sofisticate permit diagnosticul de precizie. Experiența experților a fost transformată în ghiduri de diagnostic și tratament. Diagnosticul corect este accesibil unui număr mare de specialiști cu experiență mai redusă. Bineînțeles, și costurile sunt mai reduse.

3. **Medicina de precizie** (rule based medicine) - diagnosticul se poate pune foarte precis, și pe cale de consecință tratamentul este simplu și extrem de eficient. Diagnosticul și tratamentul sunt procedurate și precise. Atât de precise încât și un nespecialist poate stabili cursul tratamentului. Înainte de a fi indignați, amintiți-vă că diabeticul știe mai bine decât orice asistentă să își măsoare glicemia și știe mai bine decât medicul să își stabilească doza de insulină; nu e niciun mister în a pune diagnosticul de otită, doar să ai un otoscop; nu e nevoie de un chirurg ca să trateze o plagă superficială, asistenții medicali se descurcă mult mai bine datorită experienței. Aici vorbim de protocoale de diagnostic și tratament care fac medicina mai accesibilă și, în multe cazuri, tratamentul este atât de precis încât putem garanta rezultatul.

De ce toată povestea asta?

Inovațiile transformatoare au rolul de a duce medicina către medicina de precizie, ca tratamentele să fie cât mai precise, să ducă la vindecare și să fie cât mai accesibile. Cine nu vrea să fie tratat ieftin, imediat și să știe că rezultatul pozitiv e garantat? În medicină sunt mii de boli individualizate și mii de sindroame; odată cu dezvoltarea tehnologică, noi și noi boli sunt identificate din masa mare, amorfă, a sindroamelor. Ideea e să punem fiecare boală în categoria sa și să o "adresăm" cu modelul de business corect, ceea ce duce la optimizarea resurselor. Bolile ce țin de medicina de precizie să le dăm medicului generalist, care poate fi accesibil și convenabil, iar calitatea e garantată de precizie. Bolile din medicina bazată pe dovezi să le dăm o parte medicului generalist și o parte specialiștilor, dar pe care să îi transformăm din medici individuali în echipe multidisciplinare. Iar bolile din medicina intuitivă să le dăm echipelor multidisciplinare și experților. În acest fel vom optimiza costurile, vom face serviciile tot mai convenabile și vom obține calitatea cea mai bună.

Cum facem toate astea? Care sunt mijloacele care facilitează această transformare? Cât durează și cât costă? Aceste transformări nu apar peste noapte și nu se vor produce brusc. Nu sunt adeptul impunerii unor schimbări, pentru că oamenii reacționează prost la schimbare. Ca atare, trebuie să acceptăm că schimbarea se va produce treptat: lent la început, inițiată de "inovatori", iar când se atinge "masa critică" rapid, dar niciodată complet. Întotdeauna vor rămâne acei

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

"bătrâni" conservatori care nu se vor schimba, ci vor fi înlocuiţi de noua generaţie.

Modelul de business în medicină

În lume sunt definite trei modele de business: furnizorul de soluţii, furnizorul de valoare adăugată şi reţeaua de facilitare. Orice business la ora actuală îmbracă una dintre aceste trei forme şi nu văd de ce medicina ar trebui să fie diferită.

Furnizorul de soluţii: te duci la el cu o problemă nestructurată, are specialişti competenţi, face tot felul de analize şi îţi dă soluţia la problema ta. Îl plăteşti per prestaţie. Firmele de consultanţă sunt prototipul furnizorului de soluţii. Dar şi medicii sunt la fel: pacienţii merg la ei cu o problemă nestructurată, un amalgam de simptome, şi medicii, experţii bine pregătiţi fac tot felul de analize şi dau soluţia. Pacientul plăteşte per prestaţie: consultaţia + analizele.

Furnizorul de valoare adăugată: te duci la el cu o problemă structurată, ia materia primă, o trece prin procese bine structurate, repetate până la perfecţiune, şi rezultă produsul finit; procesele sunt atât de bine perfecţionate încât rezultatul poate fi garantat. Plătim produsul finit. Fabricile sunt prototipul. Pacienţii au o problemă structurată, de exemplu o hernie, se duc la spital, unde medicii aplică tehnici chirurgicale bine puse la punct de generaţii de chirurgi, repetate până la perfecţiune, şi oferă vindecarea. În teorie e bine, dar în practică e mai complicat: tehnicile nu sunt repetate la perfecţiune pentru că "un chirurg bun are o paletă variată de tehnici", medicii nu garantează vindecarea, iar plata nu se face per rezultat ci per serviciu. Adică chiar dacă "operaţia a reuşit, pacientul a murit", operaţia este plătită.

Reţeaua de facilitare: facilitează schimbul de informaţii în cele mai diverse domenii. Facebook-ul este un exemplu notoriu. Reţelele trăiesc din abonamente. Ce are asta comun cu medicina? Foarte multe, pentru că medicii înşişi sunt vaste reţele de facilitare, îşi recomandă pacienţii unii altora, recomandă farmacii sau laboratoare de analize. Capitaţia actuală este un "abonament" primitiv. Aceste reţele de facilitare funcţionează, dar primitiv şi ineficient.

În concluzie, transformarea va trebui să clarifice modelele de business în medicină şi prin aceasta va face ca serviciile oferite să fie mai accesibile, mai convenabile şi de calitate.

Accesibilitatea serviciilor medicale

Sunt serviciile medicale accesibile? Cât sunt de scumpe? Dacă vrei calitate trebuie să plăteşti, dar cine suntem noi să refuzăm calitatea celor care nu pot plăti? Nu toată lumea poate pleca la Viena. Nu toţi românii îşi pot permite să îşi cumpere medicamente sau implanturi pentru operaţii. Deci serviciile medicale nu sunt, în general, accesibile.

Sunt măcar convenabile? Ce faci când eşti bolnav? Te duci la medicul de familie, el te trimite la Casa de Asigurări să îţi iei o adeverinţă, apoi la laborator să îţi faci analize, o "poză" şi o ecografie; te întorci la medicul de familie şi apoi te trimite la specialist, care te trimite şi la alte analize şi poate la un CT/RMN; te întorci la medicul specialist, care te mai trimite şi la alţi 2-3 specialişti şi apoi îţi dă o recomandare către medicul de familie. În final, te duci la medicul de familie care îţi transcrie reţeta şi îţi dă concediu. Dar nu s-a terminat: mergi din farmacie în farmacie căutând medicamentul. Apoi te întorci la medicul de familie, la control, care te mai trimite la specialist pentru alt control, şi în final, după 10 - 15 zile de plimbări, ai în sfârşit un tratament care dă rezultate. Evident, nu e convenabil! Calitate?! Studiile făcute arată că 20% dintre prescripţiile medicale au medicamente off-label (neînregistrate în tratamentul bolii respective), prescripţii mai mari decât dublul dozei maxime admise sau interacţiuni severe cu alte medicamente prescrise. Deci

avem mult până la a avea servicii accesibile, convenabile și de calitate.

Spitalul și modelul său de business

Unde începem?! Hai să începem cu spitalele, pentru că sunt un subiect fierbinte, de care toată lumea știe: s-au închis spitale, fiecare din noi avem o rudă sau un prieten care în ultimele 6 luni a trecut printr-un spital. «Autoritățile» se plâng că spitalele consumă mulți bani, că sunt prost administrate, că sunt găuri negre...etc. Consumatorii, pe de altă parte, cred că «dăm bani degeaba», că dacă mergem în spital trebuie să cumpărăm de toate și să dăm bani la toată lumea, de la portar la medic.

Ciudat, de «cealaltă parte a baricadei», la cei care lucrează în interiorul sistemului, percepția este inversă: că banii nu sunt suficienți, că tarifele ar trebui crescute și salariile sunt mult prea mici. Un studiu publicat în revista Capital arată că 92,1% dintre angajații în Sănătate sunt nemulțumiți sau foarte nemulțumiți de salarii; salariul mediu al medicilor în România este mai mic decât salariul mediu al muncitorilor din industria textilă. Deci, ceva trebuie să fie profund greșit ca și consumatorii, și furnizorii să fie extrem de nemulțumiți. Ce?

Așa cum spuneam în episodul anterior, medicina a evoluat de la o medicină predominant «acută», acum 100 de ani, la una predominant «cronică». Problema e modelul de business, care nu s-a schimbat de 100 de ani. Spitalele, așa cum le știm, s-au înființat acum 100 de ani, doar că între timp cunoștințele medicale s-au multiplicat și au apărut aparate și tehnologii noi. Spitalul a rămas un spațiu perfect adaptat tratamentului bolilor acute, pacienții vin și găsesc toți specialiștii și aparatele necesare diagnosticului și tratamentului, în situația în care viața le este pusă în pericol. Ca atare, nu e de mirare că propunerea de valoare pe care o face un spital public este: «tratăm toți pacienții și toate bolile, la orice oră din zi și din noapte». Pentru asta sunt necesari specialiști (dacă se poate cei mai buni) din toate domeniile, aparatele cele mai bune și o armată de asistente, infirmiere, femei de serviciu, brancardieri, mecanici, tâmplari, instalatori, fochiști, paznici. Și în orice moment vei găsi medici, asistente și aparate care stau degeaba, așteptând pacienții. Toate acestea dau costuri indirecte uriașe, de 8/1 față de cheltuielile directe (timpul pe care medicul sau asistenta îl petrec în contact direct cu pacientul). Și nu avem resurse de a plăti aceste costuri indirecte.

Spitalele trebuie să se transforme. Un spital clinic județean de urgență internează în medie 42.000 de cazuri pe an. Toate aceste cazuri sunt de competența unui spital? Să nu uităm că spitalele ar trebui să fie furnizori de valoare adăugată, unde pacienții vin cu probleme bine structurate, diagnostice precise, și, aplicând procese bine puse la punct, cu aparatură modernă, putem rezolva aceste probleme și putem chiar să garantăm rezultatul. Ori în spitalul clinic județean, din 42.000 doar 17.000 sunt cazuri chirurgicale, restul de 25.000 sunt medicale, din care poate 3.000 sunt cazuri complexe, care țin de medicina intuitivă și 22.000 sunt cazuri venite pentru diagnostic, pacienți care se internează ca să își facă «toate analizele», care țin de medicina bazată pe dovezi sau de medicina de precizie. Care e motivația acestor pacienți, de ce bat ei la ușa spitalelor? Pentru că, așa cum spuneam mai înainte, obținerea în ambulator a unui diagnostic este un proces îndelungat de multe zile, care poate fi orice, dar nu convenabil. Și atunci pacienții, căutând servicii convenabile, merg în spital, pentru că știu că aici vin medicii și analizele la ei. În plus, «tradiția» ne spune că medicii cei mai buni se află în spitale(?!). Tehnologia ne-a pus la dispoziție «inovația transformatoare» (disruptive innovation) sub forma investigațiilor extrem de precise: analize de laborator, imagistică CT și RMN. Acestea ne permit să transformăm spitalele.

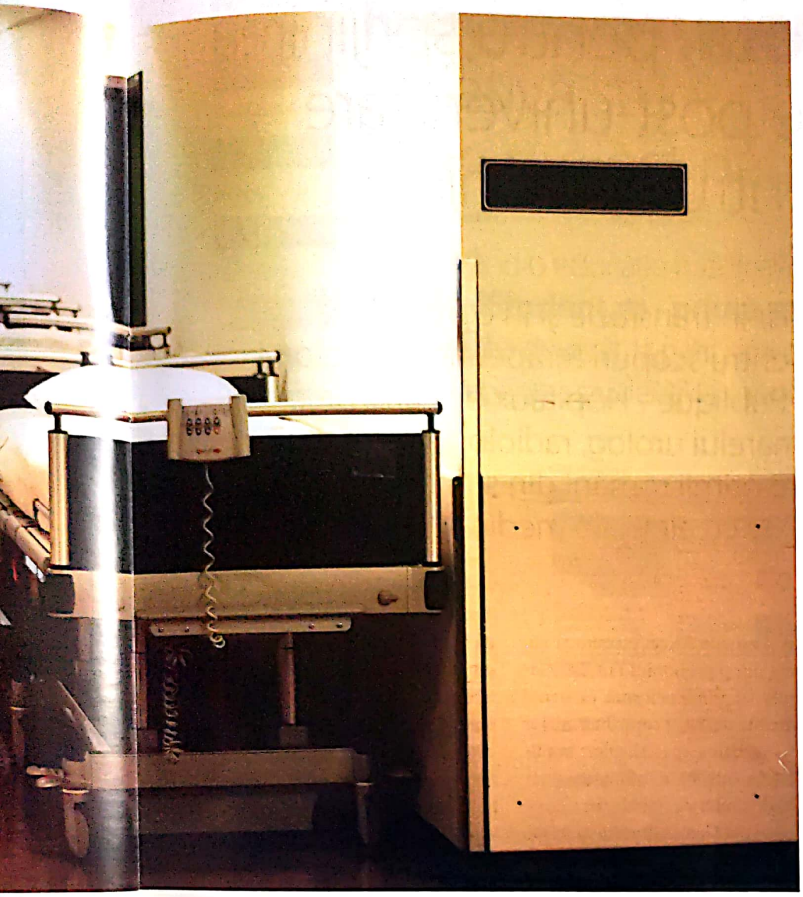
Să facem un exercițiu de imaginație: să presupunem că pentru fiecare diagnostic în ambulator am aloca 100 lei pentru consultul clinic, 50 lei pentru analize, 280 lei pentru o Tomografie cu substanță de contrast, și tot la al doilea pacient un RMN, adică încă 300 lei, ceea ce ar duce la 730 lei. Trebuie să fiți de acord că aș putea diagnostica cam 95% din bolile existente și toate din cele 22.000 de cazuri de mai sus, pentru că cele 22.000 de cazuri sunt medicină bazată pe dovezi sau medicină de precizie. De ce? Pentru că pot: progresul tehnologic a permis ca aceste investigații să fie accesibile, aparatele nu mai sunt prohibitiv de scumpe, ecografele sau electrocardiografele sunt «obligatorii», iar policinicile private încep să își cumpere CT-uri.

Cât cheltuie CNAS pentru acești pacienți în spital? Păi TCP x ICM adică 1500 x 1,2 = 1800 lei/ pacient. Asta înseamnă că pentru fiecare din cei 22.000 de pacienți se pierd (1800 - 730) 1070 lei/ pacient, adică 23,540 milioane lei. Și evident că diagnosticul este de cea mai bună calitate în ambulator, pentru că e vorba de medicină bazată pe dovezi sau medicină de precizie, unde nu am nevoie de experții din medicina intuitivă.

Să nu uităm că rămân încă 15.000 de cazuri de chirurgie. Din acestea 5.000 sunt urgente și 10.000 sunt «la rece», programabile. Doar aceste cazuri sunt de competența spitalelor; spitalele moderne trebuie să fie furnizori de valoare adăugată, în care pacienții vin cu probleme structurate - diagnostic precis - și medicii aplică tehnici de tratament bine procedurate, cu apara-

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner



tură de înaltă calitate, și rezultatul este previzibil: rata complicațiilor neprevăzute este atât de precis definită încât putem, în multe cazuri, să garantăm rezultatul. Plata se face *per rezultat*. Este exact ce vrea pacientul: să știe cât durează, cât costă și dacă îi dăm garanție. Cum se descurcă spitalele publice? Nu prea bine! Costurile de tratament sunt foarte mari sau banii nu sunt suficienți, depinde de unde te uiți.

Hai să analizăm costurile! Vorbim de un spital clinic județean de urgență, care are ca propunere de valoare «tratăm toți pacienții, toate bolile, 24/7». Din păcate asta înseamnă că permanent vom avea medici și aparate și asistente care așteaptă pacienții, pregătiți pentru orice. Ceea ce înseamnă cheltuieli indirecte foarte mari, în raport de 8-9/1 față de cele directe. Un chirurg mediu operează 180 de cazuri pe an, cu o medie de o oră și jumătate/ operație. Cam 16 operații/ lună, 24 ore/ lună. Programul de lucru este de 35 de ore pe săptămână, la care se adaugă 3 gărzi pe lună (două în timpul săptămânii x 17 ore, una sâmbătă sau duminică, în medie de 44 de ore), deci în final muncește / e plătit pentru 215 de ore, și lucrează direct 24. Raportul este de 8/1! Din păcate astea sunt valori medii, există medici care operează 300 de cazuri pe an și alții care fac 30 pe an. Și nu mai vorbim de faptul că într-o operație intră cel puțin doi medici. Toate astea pentru că propunerea de valoare este greșită. Ea este «construită» pentru medicina acută, unde diagnosticul și tratamentul sunt strâns legate, și e folosită să trateze pacienții cronici, unde diagnosticul a fost pus deja de alții.

Clinici monospecialitate pentru cazurile programabile

Și atunci, ideal spitalele ar trebui să fie "fragmentate" în secții/clinici monospecialitate dedicate tratamentului cazurilor programabile: chirurgii devin specializați pe un număr redus de proceduri pe care le fac la perfecțiune; medicul "relaționează" cu pacientul aproape numai în sala de operație, ceea ce va duce la raport de costuri indirecte/directe de 2-3/1, respectiv costuri mai scăzute. În Marea Britanie un medic nu este acoperit de asigurarea de malpraxis pentru proceduri care le face de mai puțin de 50 de ori pe an. Clinica Shouldice este prototipul spitalului modern: aici se operează peste 10.000 de cazuri pe an, doar hernii inghinale. Într-o boală în care există peste 100 de tehnici chirurgicale diferite (pentru că niciuna nu e infailibilă) și cu o rată de recidivă de 5-10%, numele de Shouldice este aproape un mit. Rezultatele sunt impresionante: rata de complicații neprevăzute este sub 0,1%, satisfacția pacienților este de 4,9 pe o scară de la 1 la 5. Costul pentru operație și internare pentru 4 zile în condiții de "country club" este de 2200 dolari, față de 3350 dolari într-un spital general din SUA, unde pacientul stă o zi. Diferența e dată de faptul că medicii fac 1.000 operații pe an, ceea ce le permite să atingă perfecțiunea; pacientul e văzut în prima zi de asistenta licențiată, care îl pregătește pentru operație; zilele trei și patru sunt rezervate kinetoterapeutului care se ocupă de recuperarea pacientului, așadar cheltuiala directă în relația medic-pacient este în sala de operație, ceea ce permite un raport indirecte/directe de 2,2/1. Toate astea duc la rezultatele impresionante. Exemple există: Danderdys Sjukhus (Suedia), unde se fac doar cezariene programate sau Coxa Joint Replacement Hospital (Finlanda), unde se fac doar proteze de șold/genunchi. Având costuri identice cu ale celorlalte spitale, rezultatele sunt impresionante din punct de vedere al calității: rata complicațiilor este de 0,1 - 0,5%.

Este clar că spitalele generale trebuie să se transforme: să "scoată" în ambulator cazurile de medicină internă ce țin de medicina de precizie și de medicina bazată pe dovezi, să "transfere" spitalelor monospecialitate cazurile chirurgicale programabile și să păstreze doar cazurile de urgență ce țin de medicina intuitivă. Astfel vom avea spitale universitare care tratează 8.000-10.000 de cazuri pe an, cazuri complexe, de medicină intuitivă, spitale care vor putea fi finanțate excepțional și care vor asigura o calitate excelentă a tratamentului. Și spitalele generale au toate instrumentele necesare acestei transformări: au ambulatorii, aparate și pot să se "segmenteze" în noi secții. Aceste noi secții trebuie să fie bine structurate, în chirurgie să fie limitate la un număr de una - două patologii sau chiar una - două tipuri de intervenții/tehnici.

Mai interesant va fi în secțiile de interne! Noi, medicii, suntem educați să lucrăm individual. Chiar și în "consulturile multidisciplinare", pacienții sunt văzuți de medici separat, individual. Ca atare, transformarea aici va fi radicală - din secții de neurologie, nefrologie, nutriție, cardiologie, gastroenterologie, trebuie să facem noi secții care să aibă neurolog, nefrolog, nutriționist, cardiolog, gastroenterolog, medici care să lucreze într-o structură colegială capabilă să "rezolve" orice caz, indiferent de complexitate. Asta va reduce drastic costurile indirecte generate de pacienții care așteaptă să fie "văzuți" de medici. Dacă stai să te gândești, în urmă cu 20 de ani aveai șansa să fii mai eficient tratat de medicii interniști, acei maeștri care știau de toate; problema e că dacă volumul de cunoștințe medicale se dublează la patru ani, volumul cunoștințelor a crescut de 32 de ori în 20 de ani! Acei "interniști" nu mai pot exista în medicina intuitivă de azi. Chiar și Dr. House lucrează în echipă! <<<

(urmarea în numărul viitor)

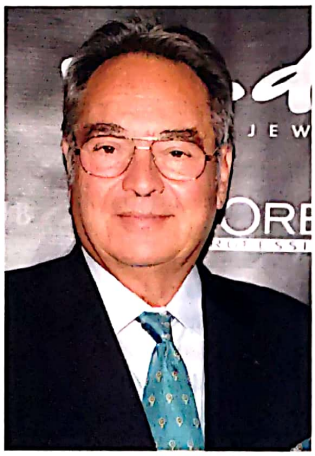
Fundaţia Gerota, pentru sprijinirea formării medicale post-universitare internaţionale pentru România

Delia Budurcă

Plecat în 1970 în Franţa, specialist în transfuzie şi în conservarea ţesuturilor şi celulelor umane pentru scopuri terapeutice, directorul Băncii de Ţesuturi al Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, prof. dr. Ion Gerota (*foto*) – nepotul marelui urolog, radiolog şi anatomist **Dimitrie Gerota** – a fost printre primii români din străinătate care au revenit în decembrie 1989 cu ajutoare medicale. >>>

Au urmat peste douăzeci de ani de activitate susţinută, alături de colegii şi studenţii din România. Coordonator al Programului Uniunii Europene – PHARE pentru susţinerea transfuziei în România (1990 - 1995), prof. Gerota a contribuit la crearea şi modernizarea reţelei naţionale de transfuzie sanguină. Din 2004, în cadrul Consiliului Ştiinţific al Agenţiei Naţionale de Transplant, a conlucrat cu Ministerul Sănătăţii pentru implementarea reglementării activităţilor de Bănci de Ţesuturi şi Celule umane, în conformitate cu Normele şi Directivele europene.

În 2008, a fost ales membru corespondent al Academiei Oamenilor de Ştiinţă din România. "Fundaţia am creat-o în memoria bunicului meu, profesorul Dimitrie Gerota, chirurg şi binefăcător. Ea are menirea să ajute la formarea specialiştilor în transfuzie sanguină, imunologie, biologia transplantului de organe, de ţesuturi sau de celule. Un tânăr medic care a intrat în aceste meserii are neapărat nevoie, în afara formării bazale în România, să fie specializat în Occident, pentru că la noi nu s-a afirmat încă o expertiză a învăţământului dedicat acestui domeniu. Modernitatea



acţiunilor de laborator, a tehnicilor de preparare şi de conservare, a bunelor practici pentru asigurarea calităţii şi securităţii sanitare a grefoanelor de ţesuturi sau celule nu pot fi asimilate fără stagii în străinătate şi fără diplomele care să certifice acest lucru", spune prof. Ion Gerota.

Pe de altă parte, există un "corpus legislativ european" în domeniul Transfuziei şi Transplantului, care este transpus acum în reglementările din România şi care trebuie bine cunoscut şi respectat.

Fundaţia a fost înscrisă în 1999 şi se finanţează prin subvenţii primite de la diferite firme, organizaţii nonguvernamentale şi persoane fizice, precum şi sume din patrimoniul familiei Gerota. În prima sa formă, existentă înainte de '99, a contribuit major la formarea specialiştilor implicaţi în anii '90 în înfiinţarea reţelei de centre de transfuzie.

Fundaţia Gerota doreşte ca în viitorul cât mai apropiat să se implice în pregătirea postuniversitară a tinerelor cadre medicale şi în definirea diferitelor module de învăţământ. "Până acum am contribuit prin propunerea unor programe analitice la nivel naţional, astfel încât să se ajungă la crearea unui Master pentru transfuzie, la care să se adauge, ulterior, module de formare în banking de ţesuturi şi celule, în sensul mai larg, de conservare a acestora pentru utilizarea în grefele terapeutice cum ar fi cea de epiderm la arşi, de ţesut osos şi de articulaţii în ortopedie sau chirurgie reconstructivă, de valve cardiace, de membrană amniotică în oftalmologie şi altele", explică prof. Gerota.

Fundaţia doreşte să propună celor în drept conceperea unor programe de formare pe module, adresate fie unui curs postuniversitar, fie în cadrul unui sistem de formare continuă la locul de muncă. Pentru comparaţie, în Franţa există cel puţin cinci diplome în Transfuzie la diferite nivele, iar în domeniul transplantului şi al băncilor de ţesuturi există diplome şi certificate de capacitate care consacră biologi pentru validarea şi conservarea grefelor tisulare sau celulare de origine umană. În decembrie 2011, pentru a treia oară consecutiv, Fundaţia a decernat împreună cu MedicalStudent.ro *„Premiul pentru implicare activă în proiecte de cercetare ştiinţifică şi activităţi educaţionale studenţeşti"*, destinat unor studenţi medicinişti merituoşi din anii V/VI din toate Facultăţile de medicină din ţară.

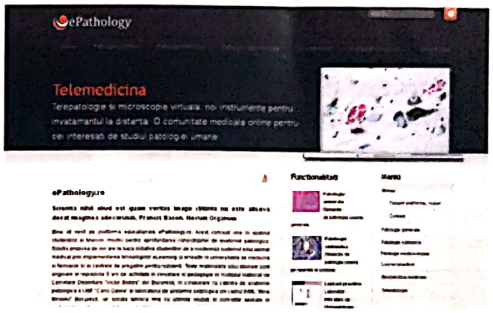
În anul 2009, câştigătorul acestui premiu a fost dr. Andrei Popescu, UMF Bucureşti, actualmente rezident chirurg în Germania. În 2010 a fost premiată dr. Cristina Mateescu, FM Constanţa, care a început rezidenţiatul de chirurgie în oraşul natal. Premierea 2011 a fost un prilej de satisfacţie pentru juriu, care a constatat calitatea celor patru candidaţi: Bianca Rusescu - UMF Cluj-Napoca, Alexandra Constantinescu - UMF Bucureşti, Ana Spătaru - UMF Bucureşti şi Claudiu Mirescu - UMF Cluj-Napoca, cel care a fost şi cel premiat. <<<

Scanned with OKEN Scanner

MedicalStudent.ro – de la o iniţiativă studenţească îndrăzneaţă la un proiect naţional de succes

Andreea Motoc, redactor-şef MedicalStudent.ro

Promovând o educaţie medicală de calitate şi excelenţa în medicină, **MedicalStudent.ro - prima revistă naţională de ştiinţă medicală pentru studenţi** a devenit, la patru ani de la lansare, un proiect editorial şi social de referinţă pentru studenţii la medicină din România şi Republica Moldova. >>>



Revista este susţinută de o comunitate virtuală ce poartă rolul de incubator de idei pentru modernizarea sistemului de învăţământ medical. Scopul MedicalStudent.ro este de a-i ajuta pe viitorii medici să descopere ce este medicina bazată pe dovezi şi ce semnificaţie are expresia „publish or perish".

Proiectul vine în sprijinul studenţilor şi medicilor rezidenţi cu proiecte de e-learning extrem de utile (atlasul de histopatologie –http://morfopat.medicalstudent.ro, atlasul de farmacognozie – http://farmacognozie.medicalstudent.ro, platforma www.epathology.ro).

Cel mai important dintre acestea este platforma pentru studiul anatomiei patologice, ePathology.ro, lansată în mai 2010. Aceasta cuprinde un suport complet de curs şi lucrări practice şi un modul de telediagnostic, promovând un concept insuficient dezvoltat până acum în România, telemedicina. Platforma a fost actualizată la un an de la lansare cu primul curs de patologie medico-legală din România şi este optimizată constant cu materiale de macro şi microscopie, imunohistochimie, biologie moleculară şi cazuri clinice.

Conceptul pe care se bazează platforma îi aparţine dr. Andrei Popescu, medic rezident ortopedie şi traumatologie, care a iniţiat proiectul în anul IV de facultate şi l-a finalizat doi ani mai târziu. Ideea proiectului a fost consecinţa reacţiilor studenţilor, stârnite ca urmare a lipsei materialelor de studiu necesare pentru pregătirea în anatomie patologică şi histopatologie. Coordonatorul ştiinţific şi autorul materialelor didactice utilizate este dr. Mihai Ceauşu, medic specialist Anatomie Patologică, şef secţie anatomie patologică INML „Mina Minovici", şef de lucrări Catedra de Anatomie Patologică UMF "Carol Davila".

Grupul ţintă al platformei ePathology.ro este reprezentat de practicieni de diverse specialităţi, medici patologi, rezidenţi în patologie şi studenţi. Statisticile făcute în perioada sesiunii au demonstrat succesul scontat: peste 7000 de vizitatori unici, mai mult decât o promoţie naţională de studenţi de anul III şi peste 42.000 de pagini vizualizate.

Echipa MedicalStudent.ro este formată din 20 de studenţi, însă anual se măreşte cu zeci de colaboratori, studenţi valoroşi identificaţi atât la congresele medicale, cât şi prin concursurile de articole şi cazuri clinice organizate de MedicalStudent.ro.

MedicalStudent.ro premiază constant excelenţa în medicină, fiind partener media şi ştiinţific la majoritatea congreselor studenţeşti de medicină din marile centre universitare (Iaşi – Congressis, Cluj – Medicalis, Bucureşti – CNSTM, Chişinău – Medespera etc).

În 2010, MedicalStudent.ro, alături de Fundaţia Gerota, a acordat un premiu de excelenţă unui student la medicină, în cadrul Galei Medica Academica, organizată de Tarus Media, sub egida Academiei Oamenilor de Ştiinţă din România.

Impactul pozitiv şi succesul proiectelor MedicalStudent.ro reprezintă confirmarea faptului că şi în România există studenţi şi tineri medici de excepţie, dornici să investească idei, creativitate şi energie în dezvoltarea şi îmbunătăţirea sistemului educaţional medical românesc. MedicalStudent.ro are rolul de a-i descoperi, a-i promova şi de a-i ajuta să-şi transpună ideile în soluţii concrete de modernizare a şcolii medicale româneşti.

Munca depusă pentru iniţierea şi dezvoltarea MedicalStudent.ro şi a proiectelor adiacente a fost răsplătită prin numeroase premii şi acreditări obţinute, însă cel mai important este feedback-ul primit de la studenţi şi cadre didactice:

- *Cristina Enache, student anul IV UMF Bucureşti*: „La primul curs de anatomie patologică din anul III, când am văzut că nu ni se prezintă nicio poză de microscopie, am crezut că examenul va fi din start un eşec, însă asistenţii ne-au recomandat ePathology.ro şi s-a dovedit a fi exact ceea ce aveam nevoie. Acum, în anul IV, ne întâlnim la aproape fiecare stagiu cu noţiunile de anatomie patologică şi continuăm să învăţăm de aici."
- *Radu Braga, as. univ. dr. UMF Bucureşti*: „Îmi face o deosebită plăcere să aud de astfel de iniţiative constructive, m-am uitat cu mult interes pe site: obiective bine alese, arată foarte bine şi promite să crească."
- *Ana - Maria Vrâncianu, student anul IV UMF Iaşi*: „Prin MedicalStudent.ro am văzut că pot învăţa multe de la colegii mei, pentru că suntem un grup de studenţi cu idei şi abordări diferite. Uneori, o abordare din partea unui student e ceva mai „refreshing" decât dacă vine din partea unei persoane deja în domeniu." <<<

Scanned with OKEN Scanner

Abordarea pacientului dificil (V)

dr. **Claudiu Tronciu,** MBA

Dezvăluirea de informaţii negative pacienţilor este una dintre **cele mai dificile sarcini pentru medici**, în special pentru oncologi, dar şi în situaţii cu mare încărcătură emoţională, mai ales în condiţiile în care lipsesc training-urile de comunicare. **Protocolul S-P-I-K-E-S** furnizează o strategie simplă şi uşor de învăţat pentru comunicarea veştilor rele, sugerând căi pentru evaluarea situaţiei pe măsura evoluţiei şi pentru a răspunde constructiv nevoilor pacientului. >>>

1. S - SETTING UP THE INTERVIEW (SCENARIUL ANTICIPAT AL ÎNTÂLNIRII)

Repetiţia mentală este o cale utilă pentru pregătirea unei sarcini dificile. Aceasta poate fi îndeplinită prin revederea întregului plan de informare a pacientului şi de răspuns la reacţiile emoţionale ale acestuia sau la întrebările dificile ce pot să apară.

Ca mesager al veştilor rele, este de aşteptat ca medicul să aibă sentimente negative sau să simtă frustrare sau responsabilitate. Cu toate acestea, deşi aceste veşti sunt deprimante pentru pacient, conţin informaţie importantă pentru planificarea viitorului. Trebuie evitată situaţia în care cadrul discuţiei determină întreruperi ale dezbaterii unor subiecte extrem de sensibile.

A. Asiguraţi intimitatea.

Este necesară găsirea unei locaţii private, cum ar fi un cabinet, biroul dvs. cu uşa închisă sau perdele (cortină) în jurul patului de spital. Pregătiţi batiste pentru situaţia în care pacientul începe să plângă.

B. Implicaţi persoane importante pentru pacient.

Majoritatea pacienţilor doresc să aibă pe cineva lângă ei, un membru al familiei sau un prieten. Dacă există un număr mai mare de persoane ce asigură suport pacientului, întrebaţi-l cine va reprezenta familia în timpul discuţiei. Acesta va avea dublu rol: să încurajeze pacientul şi să elimine o parte din stress-ul resimţit atunci când trebuie să faceţi faţă mai multor persoane în timpul unei discuţii încărcate emoţional.

C. Aşezaţi-vă.

Dacă tocmai aţi examinat pacientul, permiteţi-i să se îmbrace înainte de a începe discuţia. Ar trebui să vă aşezaţi (acest gest relaxează pacientul şi semnalizează faptul că nu vă grăbiţi) şi să îndepărtaţi orice tip de bariere psihice (de exemplu, să nu staţi de partea cealaltă a biroului, ci să vă poziţionaţi lângă pacient). Dacă pacientul se află într-un pat de spital, trageţi un scaun lângă pat sau cereţi permisiunea de a vă aşeza pe marginea patului. În acest fel veţi diminua impactul vizual intimidant pe care l-aţi putea avea asupra pacientului (crescându-i sentimentul de vulnerabilitate) şi, mai mult, îi veţi da senzaţia că sunteţi un partener de discuţie. Veţi menţine cu mai multă uşurinţă şi contactul vizual.

PAŞII TEHNICII SPIKES

1. **S** – Scenariul anticipat al întâlnirii (Setting Up the interview)
2. **P** – Percepţia pacientului despre suferinţa sa (Perception)
3. **I** – Interesul pacientului faţă de boala şi evoluţia ei (Invitation)
4. **K** – Cunoştinţele şi informaţiile pentru pacient (Knowledge)
5. **E** – Emoţiile şi răspunsurile empatice (Emotions)
6. **S** – Strategia şi sumarizarea (Strategy and Summary)

D. Priviţi cu atenţie şi calm (contactul vizual cu pacientul).

Faptul că devenim anxioşi la dezvăluirea veştilor rele poate fi trădat de limbajul corpului, de aceea merită încercată mascarea semnalelor de nervozitate a corpului. Dacă, de exemplu, aveţi tendinţa de a vă agita în timpul unei discuţii tensionate, puteţi adopta poziţia de neutralitate a psihoterapeutului: plasaţi tălpile pe podea, cu gleznele lipite şi puneţi palmele pe genunchi. Menţineţi contactul vizual, asigurând pacientul de atenţia dvs. Excepţie: dacă pacientul izbucneşte în plâns, întrerupeţi contactul vizual, deoarece nimănui nu-i place să fie văzut plângând, dezvăluindu-şi vulnerabilitatea. Puteţi să vă lăsaţi mâna pe braţul sau mâna pacientului dacă acesta nu este incomodat de acest gest.

E. Ascultaţi activ.

Tăcerea şi ***repetiţia*** sunt două abilităţi de comunicare care vor trimite mesaje pacientului că îl ascultaţi. ***Tăcerea*** (care de fapt se traduce în a nu-l întrerupe pe pacient sau în a nu vă suprapune peste vorbele sale) arată respect pentru ceea ce spune. ***Repetiţia*** implică utilizarea unor cuvinte importante din ultima propoziţie a pacientului în prima dumneavoastră propoziţie.

Pacientul spune: „M-am săturat de tratament!", la care medicul poate răspunde: "Ce anume vă face să spuneţi că v-aţi săturat de tratament?"

Alte tehnici de bază care arată că ascultaţi activ sunt:
-clătinatul din cap în sens afirmativ
-zâmbetul
-folosirea onomatopeelor: „hmmm", „aha", etc.

F. Controlaţi constrângerile de timp şi întreruperile (arătaţi disponibilitate).

Înainte de a începe discuţiile, faceţi aranjamente ca la telefoane să răspundă alţi

Scanned with OKEN Scanner

membri ai echipei sau căsuța vocală și să nu fiți deranjați decât pentru lucruri foarte importante și urgente. Informați pacientul de la început care sunt constrângerile de timp pe care le aveți sau ce tip de întreruperi ar putea apărea. Dacă aceste întreruperi apar totuși, asigurați-vă că răspundeți acestora în așa fel încât pacientul să nu se simtă mai puțin important.

2. P - PERCEPTION (Percepția pacientului despre suferința sa)

Pașii 2 și 3 ai SPIKES sunt puncte ale interviului în care se implementează axioma: „înainte de a spune, întreabă".

Înainte de a discuta despre probleme medicale, clinicianul trebuie să utilizeze întrebări deschise pentru a crea o imagine clară asupra modului în care pacientul percepe situația sa medicală: ce este, cum este și cât de serioasă este!

„Ce vi s-a spus despre situația dvs. medicală de până acum?"

„Din ce motive credeți că am făcut RMN-ul?"

„Sunteți îngrijorat că ar putea fi ceva serios?"

Pe baza acestor răspunsuri puteți corecta informația înțeleasă greșit și puteți adapta informația negativă pe măsura nivelului de înțelegere al pacientului. Este de asemenea îndeplinită sarcina importantă de a determina dacă pacientul este implicat în orice variație de negare: gândire plină de speranță, omisiunea detaliilor esențiale dar nefavorabile ale bolii, așteptări nerealiste de la tratament. Negarea este un mecanism inconștient care poate facilita adaptarea la situație a pacientului și ar trebui abordată cu atenție în decursul mai multor discuții. Confruntarea cu negarea nu este recomandată de la prima discuție, deoarece îi va crește în mod nejustificat anxietatea și chiar ar putea conduce la o relație antagonistă sau chiar de adversitate medic-pacient.

De asemenea, este momentul adaptării la vocabularul și la limbajul utilizat de pacient.

3. I - INVITATION (Interesul pacientului față de boala și evoluția ei, invitația pacientului de a i se comunica informații)

Chiar dacă majoritatea pacienților își exprimă dorința de a primi informația completă în legătură cu diagnosticul, prognosticul și evoluția bolii, nu putem presupune că toți vor acest lucru. Obținerea explicită a permisiunii respectă dreptul pacientului de a ști (sau de a nu ști).

Când un clinician aude că un pacient își exprimă deschis dorința de a fi informat, își reduce în același timp propria anxietate asociată divulgării veștilor rele. Oricum, evitarea informării este un mecanism valid psihologic de confruntare, fiind cu atât mai probabil să se manifeste cu cât boala devine mai severă.

„Sunteți genul de persoană care preferă să cunoască toate detaliile despre ceea ce i se întâmplă?"

„Cât de multă informație doriți să cunoașteți despre diagnostic și tratament?"

„Cum v-ar plăcea să vă dau informația despre rezultatele testelor? V-ar plăcea să v-o dau pe toată sau să vă schematizez rezultatele și să alocăm mai mult timp pentru a discuta planul de tratament?"

„Ați prefera să vă dau toate detaliile despre ce se întâmplă sau ați prefera să discutăm despre tratamentul pe care vi-l propun?"

4. K - KNOWLEDGE (Conștientizarea , cunoștințele și informațiile pentru pacient)

Avertizarea pacientului despre faptul că urmează vești rele poate diminua șocul rezultat din divulgarea acestora. Veți da pacientului câteva secunde în plus pentru ca acesta să se pregătească psihologic pentru ceea ce va urma.

„Din păcate, am câteva vești neplăcute să vi le comunic..."

„Doamnă Ionescu, îmi pare rău că trebuie să vă spun, dar...?"

4. K – KNOWLEDGE (Interesul pacientului față de boală și evoluția ei, invitația adresată pacientului de a i se comunica informații)

Furnizarea de informații medicale de către medic poate fi îmbunătățită prin câteva linii directoare simple:

I. Utilizați același limbaj pe care îl folosește pacientul, la nivelul lui de înțelegere.

II. Evitați limbajul tehnic, științific. Chiar și cei mai informați pacienți găsesc termenii tehnici greu de înțeles și de reamintit în timpul agitației emoționale puternice. Folosiți termeni ca „răspândit" în loc de „metastazat" sau „analiză de țesut" în loc de „biopsie".

III. Evitați exprimarea directă excesivă:

„Suferiți de un cancer grav și dacă nu începeți un tratament imediat veți muri..."

care ar putea crea pacientului o dorință de izolare și, mai târziu, de furie, cu tendința de a-l blama pe mesagerul veștilor rele.

IV. Dați informația pe calupuri mici, asigurându-vă permanent că o înțelege la sfârșitul fiecărui calup, fiind posibil să trebuiască să vă repetați dacă pacientul pare nelămurit (chiar dacă el declară că a înțeles). Puneți în permanență întrebări de control.

„Vă dați seama ce vă explic?"

„Vi se pare logic?"

Dacă acesta a înțeles, treceți la următoarea parte de informație. Dacă nu, reveniți.

V. Când prognosticul este grav, evitați utilizarea frazelor de tipul „Nu mai putem face nimic".

Această atitudine nu respectă faptul că pacienții au adesea scopuri terapeutice importante cum ar fi un bun control al durerii și diminuarea simptomelor.

5. E - EMOTIONS, EMPATHY (Emoțiile și răspunsurile empatice)

Reacțiile emoționale ale pacienților pot varia de la tăcere la neîncredere, plâns, negare sau furie. Când pacienții primesc vești rele, reacțiile lor emoționale sunt adesea expresia șocului, a izolării și a mâhnirii. În această situație, medicul poate oferi suport și solidaritate cu pacientul prin construirea unui răspuns empatic ce constă în patru pași:

I. Observați aspectul emoțional al pacientului (înlăcrimat, trist, tăcut sau șocat).

II. Identificați emoțiile experimentate de pacient, nominalizându-le în discuția cu acesta. Dacă un pacient este trist, folosiți întrebări deschise pentru a interoga pacientul despre ceea ce gândește sau simte: "Cum vă face să vă simțiți acest lucru?"

III. Identificați motivul emoțiilor, legat în mod uzual de veștile comunicate. În orice

Scanned with OKEN Scanner

caz, dacă nu sunteți sigur, întrebați pacientul.

IV. După ce i-ați dat pacientului o scurtă perioadă de timp pentru a-și exprima sentimentele, înștiințați-l că ați făcut legătura între emoție și motivul acesteia, făcând o afirmație de legătură: „Știu că rezultatul analizei de os v-a bulversat" sau „Evident, această informație este foarte supărătoare".

„- Îmi pare rău, dar trebuie să vă comunic că razele X arată faptul că tratamentul chemoterapic nu pare să fi dat rezultatele așteptate *[pauză]*. Din păcate, tumora a crescut.
-Mi-era teamă de aceasta *[plânge]*.
Doctorul își mută scaunul mai aproape, oferă pacientului o batistă și ia o pauză de vorbire.
- Știu că nu asta ați fi vrut să auziți de la mine. Mi-aș fi dorit ca veștile să fie mai bune."

În dialogul anterior, medicul a observat pacientul plângând și a realizat că s-a speriat de veștile rele. S-a mutat mai aproape de pacient și ar fi putut chiar să-i atingă brațul sau chiar mâna, dacă acest lucru ar fi fost confortabil pentru amândoi. A făcut o pauză pentru a-i permite pacientului să-și reia calmul și i-a arătat că îi înțelege motivul supărării, prin formularea unei fraze explicite în acest sens.

RĂSPUNSURI EMPATICE
"Îmi dau seama cât sunteți de supărat."
„Pot să vă spun că nu mă așteptam să aud asta."

ÎNTREBĂRI EXPLORATORII
"Ce vreți să spuneți?"
„Spuneți-mi mai multe despre asta."

RĂSPUNSURI DE VALIDARE
"Pot să înțeleg cum vă simțiți."
„Bănuiesc că oricine ar avea o asemenea reacție."

Până ce o emoție nu este clarificată, va fi dificil să discutați alte subiecte. Dacă emoția nu se diminuează în timp scurt, va fi de ajutor să continuați să dați răspunsuri empatice până ce pacientul se calmează. Clinicienii pot utiliza răspunsurile empatice pentru a arăta că au luat la cunoștință de emoțiile pacienților.

Când emoțiile nu sunt clar exprimate, cum ar fi momentul când pacientul este tăcut, medicul ar trebui să pună întrebări exploratorii înainte de a da un răspuns empatic. De asemenea, se procedează în mod similar când emoțiile sunt subtile, indirect exprimate sau deghizate în dezamăgire sau furie, foarte puțin vizibile.

„Bănuiesc că aceasta înseamnă că voi avea de suferit din nou datorită chemoterapiei."

Puteți, de asemenea, utiliza un răspuns empatic:

„Realizez că sunt vești supărătoare pentru dvs."

Pacienții văd în medicii lor, în special oncologi, una din cele mai importante surse de suport psihologic.

Combinând răspunsuri empatice cu întrebări exploratorii (dacă sunt necesare) și apoi validând sentimentele pacienților dvs. prin răspunsuri de confirmare (în această ordine) ar trebui să arătați pacientului că înțelegeți partea umană a problemei medicale și că recunoașteți aceste sentimente ca fiind normale.

6. S - STRATEGY AND SUMMARY (STRATEGIA ȘI SUMARIZAREA)

Pacienții care au un plan clar pentru viitor sunt mai puțin predispuși la a se simți anxioși și nesiguri. Înainte de a discuta un plan de tratament este important să întrebi pacientul dacă este pregătit în acel moment pentru acel tip de discuție. Prezentați opțiunile pacientului atunci când aceștia sunt dispuși. Nu este doar un mandat legal în asemenea cazuri, dar de asemenea va crea percepția că medicul consideră dorințele lor ca fiind importante. Împărțirea responsabilității pentru luarea deciziei împreună cu pacientul poate reduce, de asemenea, orice sentiment de eșec din partea medicului atunci când tratamentul nu este încununat de succes. Verificarea dificultăților de înțelegere ale pacientului poate preveni tendința documentată a pacienților de a supraestima eficacitatea sau de a nu înțelege scopul tratamentului.

Clinicienii sunt adesea incomodați atunci când trebuie să discute prognosticul și opțiunile de tratament cu pacientul, dacă informația este nefavorabilă. Acest disconfort se bazează pe anumite griji trăite de medic:

- nesiguranța în ceea ce privește așteptările pacientului
- teama de a distruge speranța acestuia
- teama de propria incapacitate în fața unei boli necontrolabile
- lipsa de pregătire în stăpânirea reacțiilor emoționale anticipate ale pacientului
- jena de a fi prezentat anterior situația pacientului într-o notă prea optimistă.

Mulți pacienți au, de asemenea, câteva idei despre seriozitatea bolii lor și despre limitele tratamentului, dar le este teamă să dezvăluie acest lucru sau să întrebe despre consecințe.

Explorarea nivelului de cunoaștere al pacientului, așteptărilor și speranțelor (pasul 2) va permite medicului să înțeleagă unde se poziționează pacientul și să pornească discuția din acel punct. Atunci când pacienții au așteptări nerealiste („Mi s-a spus că faceți minuni!") puneți pacientul să facă istoricul bolii și veți descoperi temeri, îngrijorări și emoții ascunse în spatele acestor așteptări.

Pacienții pot vedea vindecarea ca pe o soluție globală a diferitelor probleme foarte importante pentru ei: pierderea locului de muncă, incapacitatea de a avea grijă de propria familie, durere și suferință, suprasolicitarea celorlalți și restrângerea mobilității proprii. Exprimarea acestor temeri și griji vor permite adesea pacientului să ia la cunoștință de seriozitatea condiției sale.

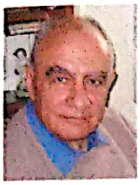
Înainte de a închide discuția, recapitulați informația discutată și dați-i oportunitatea să exprime orice îngrijorări majore sau întrebări. Dacă nu aveți timp destul pentru a putea răspunde tuturor întrebărilor sale, spuneți-i că îl veți lămuri în discuțiile următoare. Ar trebui ca la finalul discuției să existe și un plan clar al pașilor următori care vor trebui parcurși, precum și rolurile pe care le veți avea.

CONCLUZIE

Chiar dacă dezvăluirea de vești rele este o experiență tensionată și stresantă atât pentru pacient, cât și pentru medic (adeseori purtătorii de vești rele făcând greșeala de a se identifica cu aspectele negative ale mesajului), abordarea structurată ajută medicul în construirea unei relații strânse cu pacientul în vederea unui orizont de așteptări reale și a unei complianțe crescute la planul terapeutic și de îngrijire. <<<

Scanned with OKEN Scanner

Reflecţii într-un posibil amurg



Prof. Dr.
Sebastian Nicolau

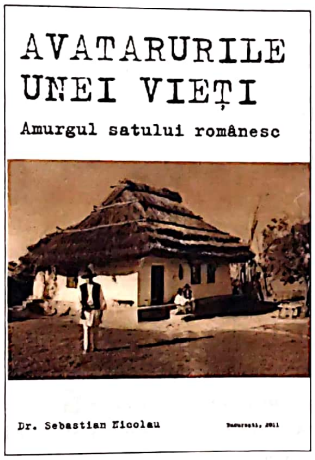
Omenirea traversează momente zbuciumate şi, nu în puţine locuri, dramatice. Neliniştea şi îngrijorarea determinate de numeroase conflicte regionale sunt dominate de criza economică globală, a cărei durată şi consecinţe pun mari probleme economiştilor şi politicienilor, prin imprevizibilitate. Euro, dolarul, yenul, rubla, moneda naţională – în cazul zonelor din afara acestora – sau aurul, care să fie, oare, „zeul" la care să ne închinăm? >>>

Planeta pe care vieţuim a atins recent 7 miliarde de guri ce trebuie hrănite. În viitor, numărul acesta va creşte. Vor fi oare peste 3-4 decenii, cu adevărat, 10 milioane de fiinţe umane?

În lume, milioane de locuitori mor de foame, fizionomiile şi trupurile altor zeci de milioane de copii, adulţi şi bătrâni subnutriţi exprimă durere şi cer ajutor. În cadrul acestui tablou, mai este de mirare că „aurul verde", dătător de viaţă şi speranţă, ca dar al pământului, este cea mai mare avuţie şi cea mai înţeleaptă investiţie...!?

România, somnolentă în ultimele două decenii, se trezeşte greu. Poate acum este cel de-al 12-lea ceas al adevărului care a dus la abandonul pământului strămoşesc pe care-l săruta în pumnul său, cu religiozitate, ţăranul din romanul „Ion" al lui Liviu Rebreanu. Pământul abandonat atâta amar de vreme, milioanele de hectare maltratate se răzbună. El strigă din adâncuri întreaga-i durere într-un chinuitor şi obsedant „De ce m-aţi părăsit ?", la care tăcerea vinovată nu poate da răspuns.

Spun oficialităţile că în prezent „suprafaţa agricolă deţinută de străini în România a crescut în acest an (2011) cu peste 10%, la 709.000 de hectare faţă de



635.000 de hectare anul trecut, iar 10% din această suprafaţă este în proprietatea arabilor". Potrivit datelor ministrului agriculturii, Valeriu Tabără, străinii deţin în România 709.000 hectare de teren agricol, reprezentând 8,5% din suprafaţa arabilă a ţării. Pentru a putea deţine teren în România, o persoană fizică trebuie să aibă domiciliul stabil în ţară, iar persoana juridică trebuie să aibă sediul în România.

Pe primul loc în topul cumpărătorilor de teren se situează Italia, cu 24,29% din total, urmată de Germania, cu 15,48%, şi ţările arabe, cu 9,98%. Spania deţine o cotă de 6,22% din cele 709.000 hectare de teren agricol cumpărate de străini în România, Austria 6,13%, Ungaria 8,17% şi Danemarca 4,52%. Cei mai activi cumpărători de terenuri în România sunt din ţări precum Irak, Liban, Siria, Arabia Saudită şi Iran. Acelaşi demnitar comunica recent că dacă anul trecut un hectar de teren agricol în zonele favorabile din România se vindea cu 1.500 – 2.500 de euro, în acest an preţurile au crescut la 4.000-5.000 euro pe hectar, şi continuă să crească.

Iată cum, din lipsa de preocupare a autorităţilor, s-a petrecut şi continuă şi procesul de înstrăinare a avuţiei naţionale, de această dată a terenurilor agricole, în vreme ce alţii, de pe toate meleagurile, au înţeles că viitorul omenirii nu poate fi conceput fără hrană.

Este relevant, din acest punct de vedere, pe lângă exemplul ţărilor arabe – deposedate în trecutul recent de terenuri agricole – care, în urma experienţei istorice dramatice, achiziţionează sau administrează terenuri în România, şi un alt exemplu. Astfel, vecina noastră vestică, Ungaria, odată cu venirea unui nou guvern în acest an, a declarat terenurile agricole patrimoniu naţional, ce nu poate fi înstrăinat.

Pe bună dreptate se sublinia recent de către acelaşi oficial că... „e periculos modul în care se valorifică acest teren, pentru că este posibil să se dirijeze spre export întreaga producţie" („*Curierul Naţional*", 22 noiembrie 2011). Aşadar, nu în viitorul îndepărtat, procentul de produse alimentare din import – de peste 80% – asigurat populaţiei în prezent va creşte, urmând să devenim importatorii propriei noastre avuţii naţionale. „Mutatis mutandis", sărăcia va creşte, cu consecinţe dramatice asupra sănătăţii populaţiei.

Şi în final, pentru a trezi din somnolenţă minţi ce se leagănă în iluzii, mai adăugăm că „anul trecut existau în judeţul Timiş 123 de exploataţii agricole deţinute de străini, iar în prezent sunt 126, în Arad numărul acestor exploataţii a crescut de la 100 la 107, în Bihor de la zero la 25, în Alba de la 9 la 14, iar în Dolj de la 28 la 40. Suprafaţa agricolă deţinută de străini a crescut în acest an la 51.553 de hectare în Nord-Estul ţării, faţă de 37.295 hectare anul trecut, la 44.021 ha în Sud, faţă de 26.457 hectare anul trecut, şi la 222.136 hectare în Vest, faţă de 149.569 ha anul trecut". <<<

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Radu Răşinar, AstraZeneca:

Piaţa farma va creşte în medie cu 10% în următorii cinci ani

Raluca Băjenaru

Piaţa farma din România îşi va continua creşterea în următorii cinci ani, afirmă dr. Radu Răşinar, preşedintele companiei AstraZeneca, estimând o medie anuală a creşterii de 10%, pe fondul decalajului dintre nivelul pieţei în ţările învecinate şi acoperirea existentă în România. Preşedintele companiei a menţionat că, la finalul anului, produsele AstraZeneca vor reprezenta aproximativ 5% din totalul industriei farmaceutice şi a vorbit despre investiţia de până la 500.000 de dolari în „Young Health Programme", iniţiativa dedicată promovării unui stil de viaţă sănătos în rândul liceenilor, program care începe în această toamnă. >>>

Cum caracterizaţi piaţa farma, pe finalul anului 2011?

Piaţa farmaceutică din România este un mediu de business dificil şi greu predictibil pentru că, probabil nu doar specific industriei farma, cele mai multe decizii se iau peste noapte, fără o pregătire prealabilă.

Cum consideraţi că va fi afectată industria de noua taxă claw-back?

În condiţiile economice dificile prin care trecem, cred că taxa claw-back poate fi o măsură temporară, şi, de asemenea, cred că industria are capacitatea de a înţelege că taxa va ajuta la traversarea acestei perioade. Totuşi, pentru varianta propusă sunt necesare câteva modificări pentru a o face implementabilă, astfel încât să servească scopurilor pentru care a fost propusă şi nu pentru acoperirea unor deficienţe de bugetare.

Una dintre modificările care ar trebui realizate este stabilirea unui plafon care să facă taxa predictibilă. Nu e nimic mai rău în momentul în care administrezi ceva decât lipsa de predictibilitate, decât faptul că nu poţi calcula impactul final al unei măsuri. Un plafon de 10% ar putea fi o soluţie destul de bună şi ar putea transforma o astfel de taxă, care altfel ar fi abracadabrantă, într-o situaţie win-win-win pentru stat, pentru companii, care pot să planifice, şi pentru pacienţi, care să nu fie afectaţi în niciun fel.

O altă modificare ce se impune este baza taxării, nivelul de preţ la care se aplică; aici cred că este o scăpare, până la urmă. În textul aprobat al ordonanţei se presupune că producătorii de medicamente ar trebui să plătească o taxă care ar trebui să acopere şi adaosurile comerciale ale lanţului – ale farmaciilor şi distribuitorilor. În domeniul medicamentului, unde preţul este reglementat la nivel de producător, adaosul comercial la nivel de distribuţie şi adaosul la nivel de farmacie, unde chiar nu poţi să intervii pe lanţ, să prevezi o taxă în care producătorul trebuie să acopere porţiunile celorlalţi agenţi economici este o greşeală copilărească şi bănuiesc că va fi corectată.

Cum vă aşteptaţi să evolueze piaţa în următoarea perioadă?

Analiza pieţei scoate în evidenţă câteva lucruri clare. În ţară există o foarte mare nevoie medicală neacoperită; spun medicală pentru că, în afară de medicamente, putem lua în considerare celelalte arii ale asistenţei medicale, care se situează la o mare distanţă faţă de ţările din jur. Nu compar asistenţa medicală din România cu cea din Franţa sau vestul Europei, ci cu Ungaria, Cehia sau Polonia.

Speranţa de viaţă la naştere în România este cu zece ani mai mică decât în ţările din Europa, mortalitatea evitabilă este de câteva ori mai mare, cheltuielile cu medicamentele per capita sunt la jumătate faţă de Ungaria, Polonia şi Cehia. Aceste elemente arată că, fiind parte din Uniunea Europeană, cu bunele şi cu relele ei, oamenii citesc, au acces la informaţii, încep să preţuiască sănătatea, să considere că dacă eşti sănătos eşti mai productiv, poţi să lupţi, să munceşti, să îţi faci o viaţă mai bună. Nevoia de medicamente şi de sănătate reprezintă un fapt cu care, orice ai face, administrativ nu ai cum să te lupţi. Cred că din această cauză, tendinţa va fi ca România să recupereze distanţa în primul rând faţă de ţările din jur, şi apoi şi faţă de celelalte. Aşadar, piaţa va continua să crească tocmai pentru că este atât de mică faţă de celelalte ţări, pentru că este acoperită atât de puţin.

Cred că în cinci ani de zile media compusă de creştere a pieţei farma, indiferent de intervenţiile economice sau macroeconomice şi din cauza necesităţii acoperirii diferenţei faţă de ţările din jur, va fi undeva în jur de 10%.

La cât estimaţi comerţul paralel?

Nu pot estima, depinde foarte mult de aria terapeutică de care vorbim, de diferenţele de preţ faţă de ţările din vestul Europei, dar cred că este o parte importantă care e în creştere doar din cauza gradientului de

Scanned with OKEN Scanner

preț în care România are prețurile cele mai mici sau printre cele mai mici din Europa.

Prof. dr. Cristian Vlădescu a declarat în ultimul număr al* Medica Academica *faptul că este posibil să se introducă mecanismele cost-volum și cost-volum-rezultat. Care considerați că va fi efectul?

Ultima reviziuire a unei liste de compensate s-a întâmplat în 2008. De atunci sunt peste o sută de medicamente care au intrat în asistența medicală a pacienților din alte țări și nu au intrat încă în România. Din punctul meu de vedere, mecanismul cost-volum sau un alt instrument luat în discuție pentru a analiza și, în cele din urmă, pentru a accepta prezența medicamentelor inovative pe piață este necesar și nu poate decât să mă bucure. Nu are importanță dacă va fi mecanismul cost-volum sau o altă decizie, însă cred că accesul la medicamentele inovative este o realitate și un semn de progres, un semn al faptului că îți pasă de cetățenii tăi. Dacă vorbim, principial, că aceasta este o cale prin care ne interesează să evaluăm accesul medicamentelor inovative la compensare pentru pacienții români, atunci salut această inițiativă; cred că e foarte bună.

Cum gestionează AstraZeneca problema termenelor lungi de plată?

Aceasta este o realitate și o problemă foarte mare pentru că sunt termene de plată cum nicăieri nu mai există. Pentru a pune în practică acest model de business trebuie să găsești resursele intern. Sunt termene de un an de zile, deci companiile acoperă consumul pentru un an de zile al medicamentelor respective. O întrebare de bun simț ar fi cât te costă să finanțezi o astfel de întârziere. Trebuie să găsești resursele respective – este greu, e diferit, dar ce este ușor poate să facă oricine. Trebuie să te adaptezi, până la un punct. Fiecare dintre cei care joacă își decide limita de suportabilitate sau strategia pe care o adoptă.

Care sunt obiectivele de business pe care vi le propuneți pentru 2012?

Acestea sunt, în primul rând, cele legate de accesul la medicamente, de felul în care industria reușește să fie un partener al autorităților și al pacienților astfel încât accesul la medicamente să fie echilibrat; modul în care reușim, de exemplu, să convingem că această taxă claw-back este un instrument bun, necesar pentru o perioadă, din care toată lumea are de câștigat; felul în care transmitem mesajul legat de rolul genericelor într-o piață farma și nu discutăm teme false în care se spune că România are un acces la generice limitat. E o greșeală, nu este adevărat. România se află cel puțin în top cinci al celor mai prietenoase țări pentru intrarea genericelor, însă dezbaterile din țară transmit mesajul exact pe dos. Nu cred că mai există vreo țară care să aibă genericul compensat din momentul în care intră în piață, pentru că acum ai preț de referință pe toate listele de compensate. Însă mesajul în presă este cu totul altul! România are nevoie de medicamente și o să continue să aibă pentru că oamenii înțeleg că sănătatea înseamnă o viață mai bună. Dacă reușești să fii un partener și să asiguri un mediu echilibrat între accesul la inovație și medicamente generice acolo unde le este locul, o taxă claw-back rezonabilă, mecanismele de compensare, termenele de plată, cred că nu poate să fie decât „win-win" pentru toată lumea. Acesta este obiectivul meu de business. Restul este „business as usual".

Veți mai face modificări în portofoliul de medicamente?

Dacă puteți spune că Ministerul Sănătății o să revizuiască lista de compensate, da, am să fac modificări ale portofoliului. Din 2008 până acum nu s-a făcut niciun fel de modificare. Ce pot să spun? Că am un medicament extrem de util care reduce mortalitatea cardiovasculară la pacienții cu infarct și că aș vrea să îl aduc? Bineînțeles, însă depinde de o decizie de compensare ca el să fie cu adevărat accesibil pacienților.

Ce cifră de afaceri estimați pentru acest an?

Din rapoartele pe care Cegedim-ul sau alte societăți de cercetare de piață le fac, cred că produsele AstraZeneca vor reprezenta undeva în jur de 5% din totalul pieței.

În 2010, AstraZeneca s-a clasat pe locul opt în piața românească, în funcție de vânzări. Credeți că vor exista modificări în 2011?

Nu cred că vor avea loc modificări majore.

Vorbiți-ne despre proiectul „Young Health Programme" prin care susțineți, împreună cu parteneri din sectorul public, activități sportive și de educație pentru sănătate în liceele din România.

Programul va funcționa în etape și va avea acoperire națională. Vom începe cu un liceu în fiecare județ, apoi vor fi mai multe; vor fi constituite cluburi pentru sport, în care se vor promova beneficiile unei vieți active, la care se va adăuga educația pentru sănătate pentru a putea influența modul de gândire al tinerilor de la vârste mici.

Apoi ne vom gândi să alegem un ambasador al programului în fiecare județ. Poate fi o celebritate sportivă locală sau națională; eu cred că cele locale sunt mai puternice pentru că te ajută în viața de zi cu zi să înțelegi că poți fi ca și ei. Cele naționale au devenit deja niște simboluri, par foarte departe. Cea mai mare investiție va fi în cluburile de sport, dar și în activitățile de educație? Ținta noastră este să avem 50.000 de liceeni participanți dintre cei 900.000 din toată țara. Sunt faze anuale în care crește numărul de centre, dar pe lângă acest curs previzibil, predictibil, alte componente se pot adăuga pe măsură ce partenerii noștri vor veni cu propuneri. <<<

Povestea clawback-ului

Toată lumea vorbește astăzi despre **clawback**: de la producători la farmaciști, de la medici la pacienți, de la parlamentari la miniștri. **Tradus în română înseamnă gheara care ia înapoi**, adică o parte din bani trebuie să se întoarcă în sistem. >>>

Sorin Popescu, șef grup comunicare ARPIM

Mulți se întreabă de ce sunt atâtea discuții despre un mecanism care nu a fost inventat în România, despre o lege care nu ar trebui comentată, ci respectată.

Cred că acest subiect va deveni în viitor un excelent studiu de caz despre cum nu trebuie implementată o lege fără a ține cont de regulile economice de bază, de părerea celor care ar trebui să plătească o taxă, de realitățile care guvernează o piață, de transparență și predictibilitate.

Ce este clawbackul? Un mecanism de evitare a unei creșteri necontrolate a cheltuielilor cu medicamentele. Să spunem că un sistem sanitar tratează astăzi 100 de pacienți. Pe baza datelor de incidență se estimează că numărul pacienților noi va fi de 10. Se negociază cu industria farmaceutică un mecanism de compensare a cheltuielilor în cazul în care numărul pacienților ar fi mai mare de 110. Apoi, pe baza datelor transparente de consum, după ce plătesc medicamentele consumate producătorilor, autoritățile cer o parte din banii cheltuiți peste această limită estimată. Clawbackul real se aplică după ce statele au finanțat corect tratamentele bolnavilor deja tratați și pe cele ale pacienților noi, și numai după ce au plătit integral medicamentele utilizate.

Cum arată clawback-ul românesc și cum și când a apărut el? Au fost două etape: clawbackul vechi (OUG 104/2009) și clawbackul nou (OUG 77/2011).

Clawbackul vechi a apărut într-o noapte din toamna anului 2009. Nimeni nu a știut. Nimeni nu a fost consultat. Guvernul a aprobat și imediat ministrul care l-a inițiat a demisionat. În esență, acesta impunea o taxă între 5% și 11% din importurile totale pentru medicamentele unui producător, indiferent dacă acestea erau re-exportate, cumpărate integral de pacienți sau parțial compensate. Mai mult, ordonanța nu era clară în ceea ce privește plătitorul sau sumele de plată. Într-un paragraf se menționa că taxa se aplică pe vânzări și în altul că se aplică pe încasări. Normele de aplicare au apărut după jumătate de an și au fost schimbate 12 luni mai târziu. Industria a făcut propuneri concrete în Parlament pentru modificarea acestei ordonanțe de urgență pentru a putea fi implementată și a colecta sumele corecte, respectiv cele direct legate de sumele utilizate pentru compensarea medicamentelor.

Deși majoritatea reprezentanților autorităților au fost de acord cu principiile susținute de producători pentru ajustarea ordonanței, procesul a fost blocat în Camera Deputaților. Nici astăzi, după mai mult de doi ani, clawbacul vechi nu a fost votat în plen. În tot acest timp, industria a insistat pentru clarificări. Acestea nu au venit. Rezultatul? Mai puțin de 5% din bani au fost colectați la buget. Toți au avut de pierdut. Statul, pentru că a încasat foarte puțin, producătorii, pentru că și-au blocat sume importante pentru plata clawbackului, care au condus la reducerea investițiilor.

Ce s-a învățat din experiența care a condus la acest eșec? Nimic.

La 1 octombrie 2011 a apărut clawbackul nou. Tot fără consultări reale, tot fără a se ține cont de felul în care taxa se aplică în alte țări, de contextul negativ care guvernează piața farmaceutică din România: termene de plată de aproape un an, prețuri la nivelul minim european, actualizarea listei de medicamente compensate blocată din 2007.

Ce înseamnă acest **nou clawback**? Producătorii trebuie să plătească toate tratamentele pe care nu le poate plăti statul înainte ca acesta să vireze banii. În loc să fie un mecanism de control al cheltuielilor, **este o impunere de a acoperi subfinanțarea acută a bugetului alocat medicamentelor.** Și asta nu e tot. Producătorii sunt forțați să plătească taxa și pentru marjele distribuitorilor, farmaciilor și TVA. Ce prevede legea în cazul imposibilității de plată? Excluderea medicamentelor de pe lista de compensare, adică penalizarea pacienților în cazurile în care producătorii nu pot plăti sumele imense pe care nu le poate plăti statul.

Tradus altfel, pentru 10 pacienți tratați în 2011 bugetul la începutul anului nu a acoperit mai mult de tratamentul pentru 7. Al 11-lea pacient care se va îmbolnăvi în 2012 și 3 din cei 10 aflați deja pe tratament nu vor mai putea fi tratați dacă producătorii nu vor plăti pentru ei. 4 din 11 înseamnă o taxă imensă. În contextul în care rata de tratament este foarte mică, iar producătorii vor trebui să plătească integral consumul care depășește bugetul, s-ar putea ca numărul pacienților tratați să crească la 12, 13 sau mai mult. Deci taxa este impredictibilă.

Nimeni nu câștigă, în cele din urmă. Statul nu va colecta ceea ce și-a propus, producătorii vor fi supuși unor presiuni care sfidează principiile economice, iar la mijloc sunt pacienții. De ce se întâmplă toate aceste lucruri? Nu știu. Probabil că este mai important ca bugetul să "se închidă" pe hârtie, că Ministerul de Finanțe are un cuvânt mai important decât Ministerul Sănătății, că transparența, predictibilitatea și sustenabilitatea nu sunt principii care se aplică în timpul "crizelor financiare". <<<

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

LASĂ-TE INSPIRAT

de inovația tehnologică și economisește pe întreaga durată de viață a serverelor

intel Xeon inside™

Powerful. Intelligent.

Serverul

HP ProLiant DL380 G7

Echipat cu procesoare Intel® Xeon® Seria 5600

Procesor: Intel® Xeon® E5645 (2,40 GHz, 80 W, 12 MB)
Chipset: Intel® 5520
Memorie: 12 GB expandabilă la maxim 192 GB
HDD: 2 X 300 GB, suportă pînă la 8 HDD - uri
Sursă de alimentare: 460 W
Video: ATI ES1000, 64 MB SDRAM
Tip carcasă: rack
Garanție: 3 ani

PREȚ: 2.372€ + TVA

Disponibil prin

SYSTEM PLUS
Plus in quality

Strada Siriului nr. 42 - 46, Sector 1, București 014354
Telefon / Fax: (021) 335.62.82 / (021) 335.62.83

hp

HP ©2010 Hewlett-Packard Development Company, L.P. The information contained herein is subject to change without notice.

Celeron, Celeron Inside, Core Inside, Intel, Intel Logo, Intel Atom, Intel Atom Inside, Intel Core, Intel Inside, Intel Inside Logo, Intel vPro, Itanium, Itanium Inside, Pentium, Pentium Inside, vPro Inside, Xeon, and Xeon Inside are trademarks of Intel Corporation in the U.S. and/or other countries.

A intrat în farma în '95, era în secundariat, avea ceva timp liber şi s-a gândit să facă o încercare. Încercarea s-a transformat ulterior într-o aventură profesională incitantă, care a dat dependenţă. Este teoria **Simonei Melnic, Market Access Director la Novartis**, teoria dependenţei biochimice prin catecolamine, concretizată în faptul că emoţia încercării şi bucuria reuşitei creează dependenţă. "A început să îmi placă dinamismul din farma, şi am devenit «un doctor răspopit!»" >>>

Delia Budurcă

Farma trebuie să iasă din turnul de fildeş

Consideră că medicina e o profesiune pentru care "îţi trebuie har, pe care îl ai sau nu îl ai", iar la decizia de a intra în farma a contribuit şi faptul că tatăl ei era medic, şi unul dintre cei cu har. Standardele erau aşadar foarte sus şi Simona Melnic şi-a ales un drum propriu.

A început cu o companie de produse etice, dar a parcurs, de-a lungul carierei profesionale, toate zonele – generice, vaccinuri, medicamente inovative – de la reprezentant medical la director general, astfel că acum cunoaşte farma în toate detaliile ei. Perioada de început o rememorează cu plăcere, ca pe o perioadă a cuceririi vestului, în care succesul a aparţinut celor curajoşi: "În primii ani era o foame deosebită de informaţii şi te simţeai util venind în întâmpinarea profesioniştilor din medicină. Piaţa i-a răsplătit pe cei curajoşi, vorbeam şi de creşteri de două cifre pe an, de pacienţi, de medici..."

Faptul că a acoperit zone de business atât de variate îi dă un avantaj competiţional, spune Simona Melnic, prin perspectiva completă, rotundă, pe care şi-a creat-o.

Entuziasmul începutului şi al descoperirilor a fost rafinat în timp şi înlocuit ulterior de reglementări şi norme. "Acum piaţa se regularizează, şi principala mea problemă, în partea de corporate affairs, nu este atât competiţia – competiţia este acolo, la nivel molecular, şi este sănătoasă – cât provocarea de a contribui printr-o abordare consolidată, sectorială, la regularizarea pieţei farmaceutice, de o manieră cât mai raţională, astfel încât să asigurăm accesul la tratament al cât mai multor pacienţi", spune Simona Melnic. Consideră că reglementările nu sunt o problemă în sine, ci lipsa de predictibilitate cu care se iau, precum şi numărul lor. "Nu există o abordare strategică, holistică, şi probabil că nu din rea intenţie, dar consecinţa este aceeaşi: lipsa de predictibilitate şi impactul atât asupra interesului legitim, de business, şi, nu în ultimul rând, asupra pacientului", spune Simona Melnic. Exact această impredictibilitate este o măsură a eşecului profesional, pe care şi-l asumă ca şi contributor la nivel de industrie, dar şi la nivel personal. "Eşecul se poate cuantifica prin lipsa unei legislaţii predictibile; până în 2008 trebuie să recunosc că situaţia a mers ascendent, în ritm cu dezvoltarea economică, iar 2008 a fost un an favorabil, în care s-a structurat diferit dialogul. Astăzi, înţeleg şi încerc să empatizez cu guvernanţii, puşi în situaţia de a lua decizii dificile în condiţii de mari restricţii şi uneori îmbrăcând haina de pompier, pe de altă parte nu pot să nu constat că deciziile au fost luate în pripă, sub presiunea crizei, nu se calibrează unele faţă de altele, iar consecinţele se văd şi se vor vedea".

La nivel de politici publice farma mai are de lucrat. "Suntem unul dintre interlocutorii din sistem; ne-am rafinat şi am învăţat să dialogăm, dar am omis partea de politici publice. Este de neiertat că deşi ne-am făcut lecţiile în ceea ce îi priveşte pe medici şi, cu măsură etică, pe pacienţi, am evitat partea de politici publice. Farma plăteşte acum pentru că nu şi-a conturat rolul adevărat în raport cu nevoile societăţii româneşti. Farma a greşit stând izolată în turnul de fildeş", spune Simona Melnic.

Este ceea ce încearcă acum industria farma să facă. Se poate menţiona un studiu de caz, iniţiativa pe Health Technology Assessment (Evaluarea tehnologiilor medicale), unde farma încearcă, de data aceasta, "să-şi facă lecţiile din timp", asigurându-şi, printr-o bună pregătire, locul său legitim la masa de discuţie şi evitând "accentele patetice" pe care le-a mai căpătat dialogul dintre farma şi autorităţi, pe alocuri.

Scopul, crede Simona Melnic, este alinierea intereselor pentru obţinerea unui rezultat optim, funcţional, pentru pacienţi şi pentru fiecare dintre părţile care activează în acest complex domeniu, al sănătăţii.

Cum e farma? "Elitistă, dinamică! Şi dă dependenţă!" <<<

Scanned with OKEN Scanner

Emisiune magazin de informare și educație pentru proaspeții părinți
În fiecare sâmbătă, ora 9.30, la TVR 1
Prezintă **Camelia Csiki**

TVR

Bebe Magia

www.bebe-magia.ro

Scanned with OKEN Scanner

Spitalele organizate ca asociații și fundații trebuie să fie nonprofit

Simona Pirtea, avocat,
Societatea Civilă de Avocați
"Șerban & Asociații"
spirtea@serbanlawfirm.ro

Noua lege a sănătății va fi supusă dezbaterii publice în luna decembrie, urmând să intre în vigoare în 2012, moment până la care toate datoriile din sănătate trebuie să fie plătite, astfel încât să se poată realiza în cele mai bune condiții intrarea pe piață a asiguratorilor privați, având în vedere faptul că principala modificare legislativă vizează **eliminarea monopolului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate** (CNAS) și înființarea mai multor case private, care să lucreze inclusiv cu spitalele de stat și care să fie administrate de companiile de asigurări. >>>

Avantajul liberalizării pieței este reprezentat de concurență. Pachetul de servicii de bază va fi același pentru toate casele de asigurări, diferența fiind reprezentată de ofertele cu care acestea vor veni să atragă pacienții, având în vedere faptul că aceste case de asigurări vor primi bani în funcție de numărul de pacienți pe care îl vor avea pe liste. Practic, casele private de sănătate ar avea la dispoziție, pentru fiecare asigurat, o sumă în limitele căreia vor trebui să asigure servicii medicale cât mai performante. Pacientul va avea astfel posibilitatea să aleagă, iar în cazul în care nu va fi mulțumit, după un an, se va putea transfera la o altă casă de asigurări.

A doua modificare importantă a Legii Sănătății privește organizarea spitalelor ca instituții publice, asociații, fundații sau societăți comerciale. Spitalele de interes stragic pot să fie organizate numai ca instituții publice sau fundații de utilitate publică, această listă fiind aprobată prin Hotărâre a Guvernului la propunerea Ministerului Sănătății. Spitalele care sunt organizate ca asociații sau fundații sunt persoane juridice de drept privat fără scop patrimonial. Indiferent de forma de organizare a spitatelor, acestea trebuie să respecte integral reglementările referitoare la acordarea de servicii medicale, precum și pe cele referitoare la clasificarea, autorizarea și acreditarea spitalelor. În funcție de competențe, spitalele sunt clasificate pe categorii, criteriile în funcție de care se face clasificarea fiind aprobate prin ordin al Ministerului Sănătății.

Autorizația sanitară de funcționare se emite în condițiile stabilite prin norme aprobate prin ordin al Ministerului Sănătății și dă dreptul spitalului să funcționeze. După obținerea autorizației de funcționare spitalul intră, la cerere, în procedura de acreditare care nu se poate extinde pe o perioadă mai mare de 5 ani. Neobținerea acreditării în termen de cinci ani de la intrarea în vigoare a legii conduce la rezilierea contractului din sistemul asigurărilor de sănătate și a spitalului în cauză. Acreditarea garantează faptul că spitalele funcționează la standardele stabilite potrivit normelor legale privind acordarea serviciilor medicale, certificând calitatea în conformitate cu clasificarea spitalelor, pe categorii de activitate și se acordă de către Agenția Națională pentru Calitate și Informații în Sănătate (ANCIS) care are în structura sa Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor.

Spitatele organizate ca instituții publice sunt finanțate integral din venituri proprii și funcționează pe principiul autonomiei financiare. Veniturile proprii ale spitalelor publice provin din sumele încasate pentru serviciile medicale, alte prestații efectuate pe bază de contract, precum și din alte surse, conform legii.

Spitalele organizate ca asociații și fundații funcționează în conformitate cu prevederile OG 26/2000, activitatea lor fiind nonprofit. Spitalele organizate ca societăți comerciale funcționează în condițiile prevăzute de Legea 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Indiferent de forma de organizare, spitalele pot să încheie contracte de furnizare de servicii medicale în sistemul asigurărilor sociale de stat, cu condiția respectării planului național de paturi elaborat de către Ministerului Sănătății, precum și a condițiilor de contractare stabilite prin Contractul Cadru.

În vederea derulării programelor naționale de sănătate și desfășurării unor activități specifice, spitalele pot încheia contracte de furnizare de servicii medicale cu asiguratorii de sănătate precum și cu Direcția de Sănătate Publică în conformitate cu structura organizatorică a acestora. <<<

ȘERBAN & ASOCIAȚII
SOCIETATE CIVILĂ DE AVOCAȚI
Adresa: Opera Business Center, str. Costache Negri nr. 1-5, etaj 7, sector 5, Bucuresti, cod 050552, Romania
Telefon: (+40) 31 805 92 0;
Fax: (+40) 31 805 92 92;
e-mail: office@serbanlawfirm.ro;
www.serbanlawfirm.ro

Scanned with OKEN Scanner

Conferința Națională Alzheimer 2012

cu participare internațională

23 – 25 februarie

Crowne Plaza, București, România

Organizator:
Societatea Română Alzheimer

Management Conferință:
Ralcom Medical este Divizia de Evenimente Medicale
a companiei Ralcom Exhibitions srl
Str. Răspântiilor 20A, 020548 București – 2, România
Tel.: +40 21 210 58 14, 212 27 02, 210 65 40; Fax.: +40 21 212 27 02

www.alzcongres.ro

Scanned with OKEN Scanner

Infecția cu **HIV ia amploare** printre **consumatorii de etnobotanice**

Raluca Băjenaru

Numărul de pacienți infectați cu virusul HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, **etnobotanice a crescut de la cinci în 2010** la aproximativ 50 anul acesta, potrivit lui Iulian Petre, director executiv al Uniunii Naționale a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA (UNOPA). Anul acesta, în iunie, se înregistrau 243 de noi cazuri de infecție apărute în România, până la finalul anului numărul acestora urmând să crească la aproximativ 400, similar cu cel din 2010, când 440 de noi cazuri de infecție cu HIV au fost înregistrate în țară. >>>

„Țările vecine s-au confruntat cu creșterea numărului de pacienți în rândul consumatorilor de etnobotanice cu ani în urmă; noi am reușit întârzierea acestui fenomen, însă este nevoie de implicarea autorităților, a Ministerului, pentru finanțarea programelor de prevenire a infecției în rândul grupurilor cu grad ridicat de risc – al consumatorilor de droguri, al rețelelor de sex comercial, al persoanelor gay. În prezent, statul nu mai alocă nici un ban pentru activități de prevenție, iar finanțările internaționale s-au retras. Este cazul să ne trezim până nu vom avea câteva mii de persoane infectate printre consumatorii de etnobotanice", a spus Iulian Petre.

Rata de injectare și nevoia de seringi este mult mai mare în cazul etnobotanicelor față de drogurile clasice, a explicat directorul UNOPA, care, alături de alte ONG-uri din România, a semnat recent o scrisoare către Ministerul Sănătății, atrăgând atenția asupra acestei evoluții.

„În România, trebuie să se sedimenteze activitatea de prevenire, care este mult mai ieftină decât protecția socială sau tratamentul. Multe cazuri apar și în rândul oamenilor străzii, care nu acceptă tratament, și fără servicii bine puse la punct, care să le asigure o stabilitate, nu îi poți lua de pe stradă", a afirmat Iulian Petre.

Oficial, în țară trăiesc aproximativ 10.000 de persoane infectate cu virusul HIV, însă numărul real este mult mai mare, de cinci sau chiar de zece ori mai ridicat, potrivit reprezentantului UNOPA. Lunar, tratamentul unui pacient poate costa între 500 și 2500 de euro, în funcție de schema recomandată.

Una dintre probleme o reprezintă insuficiența banilor pentru tratament sau gestionarea lor necorespunzătoare de către Casele Județene de Asigurări de Sănătate, astfel că apar situații în care bolnavii rămân fără tratament pentru până la două săptămâni. „Un astfel de interval fără tratament reprezintă un risc major pentru sănătatea lor. Pot să dezvolte rezistență la tratament și să fie necesară schimbarea lui. Mulți încearcă să găsească soluții, solicită ajutor prin Internet, mai împrumută de la pacienți din alte județe. Teoretic, după două săptămâni fără tratament trebuie refăcute toate analizele. Majoritatea continuă cu aceeași medicație până se găsesc banii pentru analize și atunci văd dacă este necesară schimbarea lui. Mulți nu mai au variante de scheme de tratament", explică Iulian Petre. Județele în care apar cel mai frecvent astfel de probleme sunt Gorj, Botoșani și Suceava, din cauza modului în care sunt gestionați banii în cadrul Caselor Județene de Sănătate. „Unele Case nu dau drumul la toți banii alocați, își fac rezerve, iar atunci când se fac realocări de fonduri nu mai pot beneficia. Casele Județene trebuie să lupte alături de medici și pacienți pentru a susține demersul de asigurare a tratamentului pentru bolnavi", a spus reprezentantul Uniunii.

Organizația a finalizat în această toamnă proiectul „Integrarea socio - profesională a persoanelor seropozitive din România", cofinanțat din Fondul Social European prin POSDRU 2007-2013. Proiectul a durat doi ani și jumătate și a avut drept scop susținerea integrării sociale a persoanelor seropozitive prin activități de consiliere, informare, educație pentru a înlătura reticența firmelor de a angaja persoane afectate de HIV și a angajaților de a lucra alături de aceștia. „Mentalitățile sunt altele. Dacă în anii '90 ne loveam de o respingere totală, chiar din partea autorităților, acum pacienții nu mai sunt stigmatizați la tot pasul. Totuși, muncitorii, de exemplu, sau populația din mediul rural nu sunt pe deplin informați și se tem să lucreze alături de persoane cu HIV", explică Iulian Petre.

UNOPA reunește 22 de asociații de pacienți din toată țara, însumând aproximativ 2.000 de bolnavi. <<<

1 DECEMBRIE, ZIUA MONDIALĂ DE LUPTĂ ÎMPOTRIVA HIV/SIDA

Cu ocazia Zilei mondiale de luptă împotriva HIV/SIDA, UNOPA organizează mese rotunde în 19 județe ale țării, precum și campanii de informare stradală, campanii online, sub denumirea „la-mă de mână, arată-mi că îți pasă". Prin intermediul Conferinței dedicate Zilei mondiale HIV/SIDA de la București, organizația își propune să atragă atenția asupra necesității asigurării continuității la tratament pentru pacienții cu această afecțiune.

Scanned with OKEN Scanner

Sergiu Crivda, unul din părinții anesteziei-reanimării românești

prof. dr. **Nicolae Bacalbașa**, Spitalul Clinic de Urgență Galați

La sfârșitul anilor '50 și la noi în România, așa izolați de restul lumii, înfricoșați și săraci cum eram, s-a impus totuși **apariția unei noi specialități medico-chirurgicale** legată de bolnavul acut și supraacut. >>>

Primele nuclee de anestezie - terapie intensivă au apărut în clinicile unor chirurgi de excepție – Hortolomei (Spitalul Colțea), Burghele (Spitalul Panduri), Țurai (Spitalul de Urgență Floreasca) și a politicianului comunist Voinea Marinescu (Spitalul Fundeni).

În acele vremuri de centralizare excesivă, leagănul anesteziei românești rămâne Bucureștiul. Clinicile marilor chirurgi erau o structură strict ierarhizată unde se practica uneori idolatria. Toți acești oameni puternici care au urmărit siguranța, confortul chirurgical și beneficiile unei noi viziuni prin introducerea ATI, nu și-au dorit colegi.

A „împărți" bolnavii pe responsabilități bine precizate și competențe selective nici nu intră în discuție. Reprezentanții noii specialități au fost cantonați în „zona gri", nici doctor, nici soră, și priviți ca un rău necesar ce trebuie bine controlat. Cei ce au deschis drumul noii specialități înfruntau și necunoscutele acesteia, cât și un statut socio-profesional neprecizat, tulbure.

În lumea divizată a profesorilor de chirurgie au apărut în București trei centre de iradiere a anesteziei și totodată centre de putere ale patronilor chirurgi. „Cei trei mușchetari" care au marcat major structurarea specialității au fost George Litarczek (Spitalul Fundeni), Sergiu Crivda (Spitalul Panduri) și Zorel Filipescu (Spitalul Floreasca).

Sergiu Crivda, chirurg capabil în prima sa tinerețe, s-a reorientat spre o nouă specialitate după ce în 1948 a stat (se pare) câteva luni închis.

Burghele, fiu prețuitor de oameni, își umpluse clinica și cu rudele înaltei ierarhii comuniste și cu indivizi capabili ostracizați, pe care îi recupera social prin influența legăturilor sale personale.

Odată exilat în anestezie, Crivda a trecut la "colonizarea" acestui pământ sterp, fiind unul din acei oameni rari cu deosebită carismă. Inteligență sclipitoare, simț al paradoxului, nonconformism, o intuiție medicală ieșită din comun, totul era mascat de o sobrietate care sugera o rezervă ironică față de oameni și evenimente. Iubea bătrânii și animalele: în curtea casei sale din Floreasca trăiau de ani de zile curcanii pe care îi primise vii și cărora nu se îndurase să le taie gâtul.

Relația sa cu profesorul Burghele, om cu o inteligență ieșită din comun, dublată însă de un cinism pe măsură, era complexă. Burghele era fascinat de carisma lui Crivda, care capta în primul rând intelectual. Nu i s-a iertat niciodată însă că a refuzat să toarne. Ca orice feudal adevărat, Burghele iubea informația și o pretindea. Crivda nu a acceptat să intre în cușca aurită a stăpânului, pe atunci succesiv rector, ministru, președinte al Academiei Române. Iubea prea mult libertatea. Majoritatea actelor făcute de puternicul Burghele în favoarea anesteziei le-a realizat sub impulsul direct sau influența personalității lui Crivda.

Sergiu Crivda a scris mult și, lucru rar în medicină, original. Era opera unui autor care trăia medicina și avea curajul informației.

Ultima sa carte, tratatul „Erori și riscuri în anestezie - reanimare", lucrare monumentală la care bătea la mașină până la ora 3 dimineața, i-a fost fatală. Fuma mult. Cu o lună înainte de apariția cărții a făcut infarct de ziua sa de naștere, printre invitații la masă. Urma să împlinească 57 de ani. Era anul 1976.

Preocuparea sa de bază era să fie cât mai exact și complet, fără a oferi medicinei legale un instrument contra colegilor săi de specialitate. A fost redactor al revistei "Chirurgia", clinician desăvârșit, formator de anesteziști. Printre internii pe care i-a format au fost Alexandru Popescu - Negoiești (SUA), prof. Gabriel Gurman (Israel), eu și mulți alții. În Spitalul Panduri i se spunea Maître Crivda.

Sergiu Crivda a fost un senior al anesteziei, unul din puținii oameni adevărați pe care i-am cunoscut și una din pietrele de temelie ale specialității pe care o practic de peste patru decenii. <<<

Scanned with OKEN Scanner

REGIZORUL ȘI PRODUCĂTORUL
FILMULUI DE SCURT METRAJ PENTRU COPII
"Micile Vedete la școală",
SELECȚIONAT LA FESTIVALUL DE FILM DE LA CANNES 2011

ANUNȚĂ:

Micile Vedete
Școala de Film și Televiziune pentru Copii
www.micilevedete.ro

„Micile Vedete"

Școala de Film și Televiziune pentru Copii

Special pentru Abonații Revistei

Pentru ÎNSCRIERI în LUNA DECEMBRIE,
Oferim 5% REDUCERE la CURSURILE care încep în Ianuarie 2012

Cei 150 de copii, care în ultimul an au absolvit cursurile de Film și Televiziune au învățat să se exprime în fața **camerei de filmat, au fost în vizită la studiourile Media Pro** din Buftea, au fost **invitați la emisiuni** de radio **și televiziune, au facut fotografii,** au fost înscriși la agențiile de casting, iar apoi **au jucat în filme și reclame.**

Toți au avut roluri principale în cele 6 filme de scurt metraj pentru copii realizate de școală, din **seria "Aventurile Micilor Vedete"**, care au avut Premiera la Cinematograful Movieplex, din Plaza România. Cea mai mare reușită este selecționarea la **Festivalul de Film de la Cannes**, a filmului **„Micile Vedete la Școală"**, în luna mai a acestui an.

CONȚINUT CURSURI DE FILM ȘI TELEVIZIUNE

Cursuri de actorie si exerciții în fața camerei de filmat:

- Sunt folosite **echipamente profesionale** pentru a **simula un studio de televiziune.**
- Tehnici de mișcare, de prezentare și de vorbire în fața camerei de filmat
- Cursuri de profesii de prezentator de știri, meteo, sport și horoscop, dar și reporter
- Interpretarea de **roluri din filme celebre.**

Cursurile se finalizează printr-un **film de scurt metraj adaptat grupei de varstă și personalității copiilor**, care va fi ulterior înscris la festivalurile pentru copii, o **ședință foto** specială pentru **înscrierea la agențiile de casting** partenere pentru a juca în filme și emisiuni pentru copii, **vizite la studiourile de filmare, la televiziune sau la radio.**

PRESELECȚIA va avea loc la Centrul Cultural Metropolitan, Bdul Poligrafiei, nr.4, Sector 1, Piața Presei Libere.

ÎNSCRIERI la contact@micilevedete.ro, 0724 176 142

Vârstă participanți: 5-11 ani
Durata cursurilor: 16 saptamani, în perioada Ianuarie – Mai 2012
Frecvență: 1 dată pe săptămână, 1h 30min
Locație: Centrul Cultural Metropolitan, Bdul Poligrafiei, nr.4, Sector 1, Piața Presei Libere
Preț: 400 Ron/lună

„La școala Micile Vedete am învățat că pot să fiu actriță deja și să nu-mi fie frică să spun ceva în fața camerei"

contact@micilevedete.ro
0724 176 142, 0724 176 252

www.micilevedete.ro

Partener
MUNICIPIUL BUCUREȘTI SECTORUL 1

Scanned with OKEN Scanner

Medicină şi cultură

Autori: Nicolae Bacalbaşa, Diana Popa

Volumul scris de medicul gălăţean Nicolae Bacalbaşa - care a reabilitat umorul în relaţie cu medicina - împreună cu Diana Popa - lingvist cu "preocupări de teoria umorului", aşa cum este prezentată în Precuvântare - reînnoadă prin mii de fire, pentru alţii nevăzute, pentru autori permanent dezvăluite, cele două domenii menţionate în titlu, medicina şi cultura.

Volumul este o colecţie de eseuri, prilej de reflecţii şi de reflexii interpretate într-o manieră personală asupra a aproape 100 de subiecte, teme perene sau intrate în conştiinţa publică recentă, de la "Apariţia omului", "Conştiinţa, uluitoarea ipoteză" şi "Mintea care modelează creierul" la "Păpuşa Barbie şi serialul Dallas", "McDonaldizarea Americii" sau "Cele opt păcate capitale ale omenirii civilizate".

"Trebuie să încetăm de a separa natura de cultură: cheia culturii este în natura noastră, iar cheia naturii noastre este în cultură", îl citează autorii pe filosoful francez Edgar Morin.

"Cultura este modul nostru de a ne construi zilnic", spune dr. Nicolae Bacalbaşa, arătând că un asemenea curs face conexiunea între medicină şi sfera generală a ştiinţelor omului.

"Am plecat în alcătuirea lucrării de la răspunsul la întrebarea ce anume mi-ar fi plăcut să mi se spună când m-am angajat pe calea numită medicină", justifică autorul acest demers, util atât celor care acum păşesc pe calea medicinii, cât şi celor care bătătoresc această cale prin munca lor statornică de zi cu zi. Şi care au nevoie de a respira în acest spaţiu comun al ideilor proaspete şi mult mai puţin atinse de limitele impuse de pragmatismul dramatic al sistemului medical românesc.

(Delia Budurcă) <<<

Tratat de psihopatologie şi psihiatrie pentru psihologi

Autori: Florin Tudose, Cătălina Tudose, Letiţia Dobranici

"Tratatul de psihopatologie şi psihiatrie pentru psihologi", lansat la Congresul Naţional de Psihiatrie, a fost construit de autori, prof. dr. Florin Tudose, prof. dr. Cătălina Tudose şi dr. Letiţia Dobranici ca un instrument de lucru operaţional în primul rând pentru psihologul clinician, astfel încât profesioniştii acestui domeniu să poată stăpâni cele două limbaje, atât pe cel al creierului cât şi pe cel al minţii, ambele necesare pentru îngrijirea optimă a pacientului modern.

"O carte de psihopatologie şi psihiatrie pentru psihologi este un deziderat mai vechi, a cărui transpunere în pagină am dorit să fie făcută astfel încât la nivelul specialistului, cu precădere a celui în formare, să ajungă noţiunile fundamentale cu conţinut teoretic şi practic, punându-l nu doar într-o situaţie de comunicare reală cu psihiatrul, ci şi într-un demers diagnostic şi terapeutic comun", spun autorii în Argumentul care prefaţează volumul.

Coordonata pe care e construită cartea este cea a funcţionalităţii maxime, astfel încât, spun autorii, un specialist să găsească în această lucrare toate elementele necesare pentru a stabili o strategie terapeutică sau pentru a lămuri o problemă cu care se confruntă în activitatea sa.

(Delia Budurcă) <<<

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

opiniile cititorilor

VĂ INVITĂM SĂ NE TRIMITEȚI OPINIILE DVS. DESPRE REVISTĂ LA CHESTIONAR.MEDICAACADEMICA.RO!

MEDICA ACADEMICA vă pune la dispoziție o rubrică specială în care vă puteți exprima deschis opiniile asupra conținutului editorial. Astfel, ne puteți semnala subiecte care vă interesează, materiale pe care ați dori să le regăsiți în paginile revistei, profesioniști și fapte despre care merită să scriem.

Vă invităm să ne scrieți pe adresa delia.budurca@tarus.eu. Opiniile dvs, critice sau de apreciere, sunt foarte importante pentru noi deoarece ne pot ajuta să aducem pe piața publicațiilor de specialitate un produs cât mai bun, cu adevărat de excelență. >>>

Mihaela Teacă – obstetrică-ginecologie, Urziceni
„Sunt mulțumită de revista Medica Academica, *include date diverse legate de medicină, mai puțin pe specialitatea mea, dar este bună pentru consolidarea culturii medicale. Aș dori să fie publicat și un rezultat al testelor EMC pentru a ne putea verifica răspunsurile. Unele întrebări sunt la limită și îmi este de ajutor să știu dacă am răspuns corect sau nu."*

Valentina Mariana Popa – pneumologie, Panciu
„Completez informațiile din Medica Academica *citind* BMJ. Medica Academica *este o revistă bine concepută, conține și articole legate de sistemele de sănătate din alte țări. Preocuparea noastră acum trebuie să fie să ne concentrăm pe reformarea sistemului de sănătate."*

Mariana Domuță – psihiatrie, Cluj-Napoca
„Îmi place revista. Mai apar și articole legate de specialitatea mea, mă informez și în legătură cu alte specialități."

Magdalena Ghiță – medicină generală, Slobozia
„Revista mi se pare ok. Este altceva față de BMJ. *M-ar interesa mai multe informații legate de medicina de urgență și nu am prea văzut. În acest domeniu s-au făcut lucruri multe și bune în ultimul timp."*

Ladislau Bereny – radiologie, Tulcea
„Revista este excepțională, cu subiecte interesante, articole documentate, explicite, care ne ajută în activitatea curentă. Mă voi abona și anul viitor."

Maria Tomescu – radiologie, Găești
„Aș vrea să fie publicate mai multe materiale despre imagistică. Eu, fiind radiolog, doresc să citesc mai multe articole pe specialitatea, dar este o revistă interesantă și educativă."

Advancing science.
Patient care.

glivec® imatinib

Tasigna® (nilotinib)

EXJADE® deferasirox

ZOMETA® zoledronic acid

Femara® (letrozol)

Sandostatin® LAR® octreotidă INJECTABILĂ IM

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Novartis Pharma Services Romania SRL
Polona Business Center, Etaj 5,
Str. Polonă nr. 68-72, Sector 1, 10505,
București, România

Tel.: +40 21 312 99 01
Fax: +40 21 312 99 07

e-mail: informatie.medicala@novartis.com

NVS-ONC1-03/11

Scanned with OKEN Scanner

NEXT EVENTS

TARUS media
HEALTH EVENTS
www.tarusmedia.ro

2 Decembrie 2011, Hotel Courtyard by Marriott, Viena

Conferința internațională "DANUBIAN TRANSPLANT SYMPOSIUM"

ediția a VIII-a

vienna.tarusmedia.ro

8 Decembrie 2011, Hotel Hilton, București

Gala "PREMIILE DE EXCELENȚĂ MEDICA ACADEMICA" ediția a III-a

Sub Egida Academiei Oamenilor de Știință din România

medicaacademica.ro

Februarie 2012, Cluj-Napoca

Conferința "TARUS MEDIA HEALTH EVENTS Cluj-Napoca"

tarusmedia.ro

Martie 2012, București

Conferința internațională "COSTURILE ŞI CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE"

Mai 2012, București

Conferința internațională "E-HEALTH CONGRESS 2012"

Ediția a VII-a

ehealth.tarusmedia.ro

Septembrie 2012, Bruxelles

ŞCOALA DE VARĂ PENTRU JURNALIŞTI TARUS MEDIA

Ediția a II-a

jurnalism.tarusmedia.ro

Scanned with OKEN Scanner